N° 25.

DU PHLEGMON

DES

GAINES SYNOVIALES TENDINEUSES

DES FLÉCHISSEURS DE LA MAIN

(MEMOIRE COURONNÉ)

THÈSE

PRÉSENTÉE ET PUBLIQUEMENT SOUTENUE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

LE 19 JUIN 1885

PAR

J. LAPEYRE-VIGUIER

Né au Poujol (Hérault)

LAURÉAT DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE (Prix Dessalles, Concours 1884)

MÉDAILLE D'ARGENT (Epidémie cholérique, Gigean 1884)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

MONTPELLIER

IMPRIMERIE CRISTIN, SERRE ET RICOME, RUE VIEILLE-INTENDANCE, 5

1885

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. CASTAN Doyen.
GRASSET..... ....
LANNEGRACE..... } Assesseurs

Professeurs.

	Messieurs :
Clinique médicale.	DUPRÉ (✲ C ✠).
Anatomie.	BENOIT (O. ✲ ✠).
Clinique médicale.	COMBAL (✲ ✠).
Clinique des maladies mentales et nerveuses.	CAVALIER (✲).
Physique médicale.	MOITESSIER (✲).
Anatomie patholog. et histologie.	ESTOR
Médecine légale et toxicologie.	JAUMES.
Clinique chirurgicale.	DUBRUEIL (✲).
Chimie médicale et Pharmacie.	ENGEL.
Hygiène.	BERTIN-SANS.
Pathologie interne.	CASTAN.
Thérapeutique et Matière médic	GRASSET.
Botanique et Histoire Natur.méd	PLANCHON (✲ ✠).
Physiologie.	LANNEGRACE.
Clinique obstétricale et gynécologie	L. DUMAS.
Clinique chirurgicale, ch. du cours	SERRE.
Opérations et appareils. id.	CHALOT.
Pathologie externe.	N.

Doyen honoraire: M. BENOIT (O. ✲ ✠).

Prof. honor. MM. MARTINS (O. ✲). COURTY (✲). I. DUMAS (✲).

Chargés de Cours:

Clinique des maladies des enfants.	MM. BATLLE, agrégé.
Clinique des mal. syphilit. et cutan.	GAYRAUD, agrégé.
Clinique des maladies des vieillards.	HAMELIN (✲), agrégé.

Agrégés.

Messieurs :		Messieurs
JACQUEMET.	MAIRET.	TÉDENAT.
GRYNFELTT.	CHALOT.	BLAISE.
DE GIRARD.	BIMAR.	BAUMEL.
SERRE.	MOSSÉ (✲).	VILLE.
CARRIEU.	REGIMBEAU (✲).	GRANEL.

M. F.-J. BLAISE, Secrétaire.

Examinateurs de la Thèse:

MM. DUBRUEIL, *président;*
ESTOR, professeur;
JACQUEMET, agrégé.
TÉDENAT, agrégé;

La Faculté de médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A la Mémoire de mon Père

A LA MEILLEURE DES MÈRES

Éternelle reconnaissance.

A MON GRAND-PÈRE

J. LAPEYRE-VIGUIER.

A mon Oncle le Docteur Pierre VIGUIER

A mon oncle PLANÈS

Capitaine en retraite
Chevalier de la Légion d'honneur

A ma Tante PLANÈS

A TOUS MES PARENTS

J. LAPEYRE-VIGUIER.

A mon excellent Maître et Président de Thèse

Monsieur le Professeur DUBRUEIL

Chirurgien en chef de l'hôpital Saint-Eloi
Chevalier de la Légion d'honneur, etc.

Je suis heureux qu'une occasion nouvelle me permette de vous témoigner ma vive reconnaissance pour l'honneur que vous m'avez fait, le jour où je suis devenu votre élève particulier. Jamais enseignement ne me sera plus profitable.

A Messieurs les Professeurs-Agrégés SERRE et MOSSÉ

A Monsieur le Docteur GUIBAL

Chef de clinique chirurgicale

J. LAPEYRE-VIGUIER.

A Monsieur et Madame ROUQUETTE

A Monsieur Martin VILAREL

Profond respect.

A mes excellents Amis

Alphonse BOULOUYS, Victor VILAREL, Fernand VILAREL
les Docteurs L. BOURGUET, J. FÉDOU, J. MARTY, E. MOLINIÉ

A TOUS MES PARENTS

A TOUS MES MAITRES

A TOUS MES AMIS

J. LAPEYRE-VIGUIER.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41544308_0102

INTRODUCTION ET DIVISION DU SUJET

On sera peut-être étonné de nous voir prendre comme sujet de Thèse inaugurale une question que nous avons déjà traitée et qui nous a valu le prix Dessalles. On nous le reprochera peut-être ; mais ayant des précédents sur lesquels nous pouvons nous appuyer, nous allons de l'avant, en demandant à nos Juges un bienveillant accueil pour ce travail que nous aurions perfectionné, si des circonstances particulières ne nous obligeaient pas de hâter le dénouement. Une lacune existait; nous l'avons comblée en traitant des *complications.* — Cinq nouvelles observations personnelles sont venues s'ajouter aux autres.

La gravité des inflammations des doigts et de la main a toujours préoccupé les chirurgiens, mais surtout, on peut le dire, dans ces derniers temps ; alors que l'anatomie de la région n'était pas bien connue, la question était difficile à résoudre, la marche du processus inflammatoire impossible à décrire.

Aujourd'hui, les recherches des anatomistes ont jeté une grande lumière sur cette question, si obscure autrefois. Sans entrer dans une question d'historique hors de propos, nous dirons en passant que c'est le savant professeur Gosselin, une des gloires de la Chirurgie française, qui, le premier, a décrit avec soin la marche de cette phlegmasie. Pour lui, les gaînes des fléchisseurs forment une route tracée d'avance à l'inflammation et jouent un rôle capital dans la migration du pus. A peu près à la même époque, Dolbeau a formulé une théorie contraire et s'est efforcé de démontrer que les diverses inflammations en général, et celles du membre supérieur en particulier (panaris, plegmons de l'avant-bras), ont pour point de départ le système lymphatique. En abordant le sujet, notre intention a été de comparer ces deux théories, et, après les avoir discutées, d'en tirer les conclusions qui nous paraîtraient être le plus l'expression de la vérité. Soutenu par des hommes éminents, Gosselin, Bauchet, Richet, Tillaux, Polaillon, par les Maîtres de notre école, nous entrons en matière.

Quelques cas intéressants de phlegmons des gaînes des fléchisseurs de la main, observés à l'hôpital Saint-Éloi, d'abord dans le service de M. le Professeur Dubrueil, dans celui de M. le Professeur-Agrégé Serre ensuite, nous ont suggéré l'idée de ce travail qui est, avant tout, celui d'un élève livré à ses seules inspirations et à ses propres forces, et dont l'expé-

rience est bien courte encore. Voici le plan que nous avons adopté.

Chapitre 1er. — Anatomie de la région.
— II. — Étiologie et pathogénie.
— III. — Symptômes, Diagnostic, Pronostic, Conséquences.
— IV. — Complications.
— V. — Traitement.
— VI. — Observations.
— VII. — Conclusions.

Dans le deuxième et le troisième chapitre surtout, nous avons tâché de prouver la vérité de la théorie que nous défendons.

M. le Professeur-Agrégé Serre n'a jamais cessé de nous témoigner le plus vif intérêt; nous sommes heureux de pouvoir le remercier en public.

M. le Professeur Agrégé Mossé a veillé sur nous avec une sollicitude toute paternelle pendant l'épidémie cholérique de Gigean; qu'il nous soit permis de lui exprimer aujourd'hui nos sentiments de reconnaissance. Les liens d'amitié, nés dans d'aussi pénibles circonstances, se resserrent tous les jours davantage.

Nous devons à M. le Dr Guibal, chef de clinique chirurgicale, de bien sincères remercîments pour le sympathique accueil qu'il nous a toujours fait.

Je ne dois pas, en terminant, oublier tous ceux de mes amis qui ont bien voulu me prêter leur gracieux concours.

— — —

DU PHLEGMON

DES

GAINES SYNOVIALES TENDINEUSES

DES FLÉCHISSEURS DE LA MAIN

CHAPITRE PREMIER.

ANATOMIE DE LA RÉGION.

Sans entrer dans de trop grands détails d'anatomie, nous croyons utile de décrire les rapports des gaînes tendineuses des fléchisseurs, gaînes qui aboutissent, l'une au pouce, l'autre au petit doigt, et auxquelles M. Tillaux a donné le nom de gaîne *radiale* et de gaîne *cubitale*. Elles comprennent deux portions: l'une *digitale*, l'autre *métacarpienne* et *carpienne* à la fois. Il nous serait impossible de mieux décrire, et nous ne saurions faire un meilleur choix ; nous empruntons à Tillaux la bonne description qu'il en a donnée. Nous dirons, en passant, que dans le but de ce travail nous avons fait des recherches spéciales sur sept sujets différents. Après avoir ouvert les gaînes dans leurs portions digitales, après les avoir débarrassées, à la partie supérieure, des couches qui les recouvrent, nous les avons insufflées; nous avons pu mettre ainsi en relief leurs culs-de-sac, leurs dilatations, leurs étranglements. Cette manœuvre nous a per-

mis de vérifier la justesse des idées émises par le chirurgien cité un peu plus hant.

Face palmaire ou paume de la main. — L'éminence thénar à la partie externe, l'éminence hypothénar à la région interne, circonscrivent une dépression appelée creux de la main, et qui doit à elle seule faire l'objet de notre étude.

« La région du creux de la main commence en haut par une partie très rétrécie, s'élargit de plus en plus et occupe en bas toute la largeur de la paume de la main; elle présente une forme triangulaire à base inférieure.

Les parties très nombreuses qui entrent dans sa composition présentent une haute importance. Ce sont, en procédant d'avant en arrière et par ordre de superposition :

1° La peau ;

2° La couche graisseuse sous-cutanée;

3° L'aponévrose palmaire superficielle et le ligament annulaire antérieur du carpe;

4° L'arcade palmaire superficielle et les branches qui en partent;

5° Les nerfs collatéraux palmaires (artères et nerfs siégeant dans une seconde couche graisseuse) ;

6° Les tendons fléchisseurs superficiels ;

7° Les tendons fléchisseurs profonds avec les muscles lombricaux;

8° Une couche cellulo-graisseuse profonde;

9° L'aponévrose palmaire profonde ou aponévrose interosseuse;

10° L'arcade palmaire profonde, et la branche palmaire profonde du nerf cubital;

11° Les muscles interosseux.

Nous nous bornerons simplement à faire l'anatomie des tendons fléchisseurs et de leurs gaînes synoviales.

Tendons fléchisseurs superficiels et profonds; gaînes synoviales.— Les tendons fléchisseurs forment deux couches superposées; les superficiels en avant, les profonds en arrière. Ils sont au nombre de quatre pour chaque couche; le tronc du nerf médian est situé à leur partie externe dans le canal carpien.

Aux tendons du fléchisseur profond sont annexés les quatre muscles lombricaux, qui se fixent en haut sur les tendons. Ces muscles contournent les doigts et s'attachent en bas au tendon de l'extenseur, en se confondant avec le bord du muscle interosseux correspondant. Ces muscles, de même que les interosseux, fléchissent la première phalange et étendent les deux autres. Les tendons sont enveloppés d'une membrane séreuse qui porte le nom de gaîne des fléchisseurs, et *c'est à ce titre surtout qu'ils méritent de fixer notre attention, car cette gaîne est fréquemment le siège ou le point de départ de graves affections.* Sans entrer dans une question d'historique hors de propos ici, je dirais seulement que la description proposée par M. Gosselin est celle qui répond à la grande majorité des cas. Il existe pour les tendons fléchisseurs deux gaînes: l'une qui part du pouce, et l'autre du petit doigt; la première s'appelle encore gaîne radiale, et la seconde gaîne cubitale. La gaîne externe accompagne le tendon du long fléchisseur du pouce, remonte avec ce tendon dans la région du poignet à deux travers de doigt environ au-dessus du ligament annulaire antérieur du carpe et se termine en cul-de-sac. La gaîne interne commence à l'insertion du tendon fléchisseur du petit doigt sur la phalangette, gagne la paume de la main et s'élargit en se portant obliquement en haut et en dehors, de façon à laisser privées de gaînes une petite partie du tendon de l'annulaire, une plus grande partie du tendon du médius et plus grande encore de celui de l'index. La figure montre (Tillaux, *Anatomie des régions,* pag. 567) com-

bien la grande gaîne cubitale est rapprochée de la gaîne spéciale du doigt annulaire, ce qui explique pourquoi ces deux gaînes communiquent quelquefois entre elles, comme l'a observé M. Sappey. La gaîne cubitale se dirige en haut, arrive sous le ligament annulaire antérieur du carpe, où elle se rétrécit, enveloppe tous les tendons et s'accole à la gaîne externe; elle franchit le ligament annulaire, se dilate de nouveau, remonte vers le poignet et se termine en cul-de-sac, un peu au-dessous de la gaîne externe. Elle affecte donc la forme d'un sablier. Les deux gaînes ne sont séparées l'une de l'autre que par le nerf médian. En résumé, le pouce est muni d'une gaîne propre; celle du petit doigt est commune à tous les fléchisseurs; les trois autres doigts en possèdent une spéciale qui ne dépasse pas l'articulation métacarpo-phalangienne: telle est la disposition que l'on peut appeler type. J'ai déjà dit, à propos des aponévroses du cou, que les phénomènes pathologiques doivent tenir le premier rang dans l'interprétation de certaines dispositions anatomiques obscures et d'une démonstration rigoureuse difficile. C'est ici le lieu de répéter ce précepte et d'en faire de nouveau l'application. La pathologie démontre en effet que les inflammations profondes du pouce et du petit doigt sont plus graves que celles des autres doigts. Il en est de même des amputations. Cette année encore, à Lariboisière, une amputation du petit doigt a été suivie d'un phlegmon profond de l'avant-bras qui a mis les jours de la malade en danger. Les deux séreuses communiquent-elles ensemble au niveau du poignet, dans le point où elles sont contiguës? Normalement, non. La pathologie cependant nous indique que cette communication peut exister. Il n'est pas d'année où chacun de nous n'observe le fait suivant: Un panaris profond envahit le pouce, je suppose; l'inflammation remonte, gagne la partie inférieure de l'avant-bras et envahit ensuite le petit doigt, les trois autres restant absolu-

ment intacts. Dans ce cas, ou bien une communication normale existait, ou bien il s'en est fait une pathologique, ce que je serais plus porté à croire. Dailleurs, pour le praticien le résultat est le même. Les gaînes synoviales du poignet sont très minces, et l'on conçoit que le pus les perfore aisément. Parfois, en effet, on voit l'inflammation rester limitée au poignet pendant un certain temps, puis envahir rapidement l'avant-bras, soit que le cul-de-sac synovial ait été défoncé, soit que le processus inflammatoire ait gagné de proche en proche. L'existence de la gaîne cubitale, telle que je l'ai décrite, est encore démontrée par une affection qui n'est pas très rare, l'hydropisie décrite sous le nom de *kyste du poignet*. Etant connue la séreuse, on devine les symptômes de ces kystes : tumeur au poignet, tumeur dans la paume de la main. En pressant sur l'une d'elles, on fait refluer le liquide dans l'autre, preuve qu'elles communiquent; la tumeur entière affecte la forme d'un bissac ou d'un sablier dont la partie étranglée correspond au ligament annulaire. Ce n'est, on le voit, que l'exagération de la forme de la gaîne cubitale. Rarement le liquide reflue jusqu'au petit doigt, et Malgaigne, d'après ce fait, met en doute la communication de la gaîne cubitale avec ce doigt ; je rappellerai que la coulisse ostéo-fibreuse dans laquelle glisse le tendon est bien suffisante pour brider le liquide et s'opposer à toute saillie. Mais l'anatomie démontre d'une manière évidente la continuité des deux séreuses, et j'ai eu cette année dans mon service un jeune garçon chez lequel plusieurs bosselures existaient sur le trajet du tendon fléchisseur du petit doigt en même temps qu'une hydropisie de la bourse cubitale. L'hydropisie de la bourse cubitale détermine une gêne considérable dans les mouvements de la main ; aussi les malades sollicitent-ils vivement la guérison.

La synoviale des fléchisseurs peut être atteinte d'inflam-

mation chronique avec fongosités, et l'amputation de l'avant-bras devient le plus souvent indispensable. Au dessous des tendons existe une couche celluleuse très lâche contenant quelques globules de graisse. Elle est abondante surtout à la partie supérieure de la région. J'ai signalé l'existence d'une couche semblable en avant des tendons; il en résulte que, dans le creux de la mair, les tendons fléchisseurs sont enveloppés, non seulement de leur séreuse, mais encore d'une couche cellulo-graisseuse. Que cette couche vienne à suppurer, les tendons baignent dans le pus. Au devant des métacarpiens et des muscles interosseux, est étalée une membrane cellulo-fibreuse qui mérite à peine le nom d'aponévrose, tant elle est mince. Elle recouvre l'arcade palmaire profonde et la branche profonde du nerf cubital. Elle tapisse une partie de la face antérieure de l'adducteur du pouce, qui n'est en somme qu'un large muscle interosseux, et reçoit sur ses parties latérales les cloisons antéro-postérieures qui séparent le creux de la main des éminences thénar et hypothénar. Cette aponévrose est trop peu résistante pour s'opposer à la propagation de l'inflammation du canal carpo-métacarpien au dos de la main. Faisant abstraction de l'abcès sous-épidermique et de la variété qui se développe au niveau des houppes graisseuses, on voit qu'il en existe deux grandes espèces, l'abcès sus- aponévrotique et l'abcès sous-aponévrotique. Il y a entre ces deux espèces une différence telle que le premier guérit en quelques semaines sans laisser de traces, tandis que le second compromet la vie, entraîne parfois l'amputation de l'avant-bras, et, quand il guérit, laisse souvent à la suite une impuissance plus ou moins grande de la main. L'inflammation se propage rapidement à l'avant-bras par le canal carpien, en suivant les traînées de tissu conjonctif; le pus envahit les gaînes, décolle les muscles, détruit les tendons, et il faut se hâter de pratiquer deux larges incisions,

l'une dans la paume de la main, l'autre à l'avant-bras, et réunies par un tube à drainage qui passe en arrière du ligament annulaire antérieur du carpe. On trouve dans la disposition anatomique de la région les éléments du diagnostic différentiel. Voici les principaux : si le phlegmon est sus-aponévrotique, le dos de la main sera intact, le malade éprouvera des douleurs vives sans doute, mais localisées à la paume, ne se répandant pas dans toute la main; les doigts pourront être mis en mouvement, et cela sans augmentation de douleur. Si le phlegmon est sous-aponévrotique, l'inflammation rencontrant moins de résistance en arrière qu'en avant, puisque l'aponévrose profonde n'est guère qu'une toile celluleuse, tandis que l'aponévrose palmaire superficielle est très résistante, l'inflammation, dis-je, se propagera à travers les espaces interosseux et gagnera le dos de la main. La main présentera un diamètre antéro-postérieur énorme et des abcès ne tarderont pas à apparaître à la face dorsale. Les nerfs, comprimés, détermineront des douleurs extrêmement vives et sur tout leur trajet et la main tout entière sera frappée d'immobilité. Le tissu cellulo-graisseux sous-cutané de la paume de la main communique très difficilement avec celui du poignet; celui qui remplit le canal carpien forme au contraire une couche continue avec la couche profonde de l'avant-bras.

Donc, dans l'abcès sous-cutané de la paume de la main, le poignet sera intact, tandis qu'il sera tuméfié, empâté, douloureux, dans l'abcès sous-aponévrotique. Inutile de dire que les symptômes généraux seront infiniment plus développés dans ce dernier cas.

Puisque les gaînes des fléchisseurs se continuent tant du côté du pouce que de celui du petit doigt jusqu'à l'extrémité digitale, nous allons étudier la disposition de ces gaînes

jusqu'à leur cul-de-sac inférieur, c'est-à-dire leur extrémité phalangienne.

Les couches que l'on rencontre à la surface antérieure des doigt sont:

1° La peau;

2° Une couche graisseuse sous-cutanée;

3° Une gaîne fibreuse;

4° Les tendons fléchisseurs;

5° Le périoste et l'os.

On ne peut se faire une idée exacte de la gaîne fibreuse des doigts que sur une coupe horizontale. On voit alors que sur les deux bords de la phalange, dont la face antérieure est creusée en gouttière, s'attache une lame fibreuse résistante qui décrit un demi-cercle et forme avec le squelette un véritable canal ostéo-fibreux. Ce canal ressemble à un tunnel que traversent les tendons fléchisseurs. Il commence au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne, où il se continue avec le ligament métacarpien transverse antérieur, et se termine à l'extrémité supérieure de la troisième phalange, au niveau de l'attache du tendon fléchisseur profond. Il résulte de là que la troisième phalange ne possède pas de gaîne, circonstance dont je montrerai tout à l'heure l'importance. La gaîne fibreuse des doigts présente la particularité suivante, fort importante à noter. Sa résistance n'est pas la même dans tous les points; au-devant du corps des première et deuxième phalanges, la gaîne est composée de fibres transversales solides, formant une trame serrée; au niveau des jointures, au contraire, elle est composée de faisceaux obliques entre-croisés circonscrivant des espaces à travers lesquels on aperçoit la séreuse des tendons. Par ces espaces pénètrent des vaisseaux destinés aux tendons, en même temps que s'y engagent de petits pelotons adipeux. La couche cellulo-graisseuse sous-cutanée communique donc libre-

ment avec l'intérieur de la gaîne ostéo-fibreuse des tendons, de telle sorte que l'inflammation peut se propager de l'une à l'autre, circonstance qui me paraît jeter une certaine lumière sur la marche du panaris. La peau, la couche graisseuse et la gaîne fibreuse sur la première et sur la deuxième phalange; la peau, la couche graisseuse et la couche périostique sur la phalangette, sont si adhérentes entre elles qu'elles ne forment, en réalité, qu'une seule couche: d'où le peu de gonflement provoqué par les inflammations qui s'y développent, et aussi les douleurs si intenses qu'elles déterminent. Le phlegmon des doigts, appelé encore panaris, doit aux dispositions anatomiques précédentes de revêtir des caractères particuliers. Il peut prendre naissance dans la couche sous-cutanée et dans l'intérieur même de la gaîne ostéo-fibreuse: d'où la division classique en panaris sous-cutané et panaris de la gaîne (l'expression de panaris sous-aponévrotique n'a pas de sens, puisqu'il n'y a pas d'aponévrose au doigt); le panaris de la gaîne atteint nécessairement le tendon; celui-ci s'exfolie et il survient souvent une nécrose de la phalange nécessitant l'amputation du doigt. L'existence du panaris de la gaîne n'est pas douteuse, et j'ai dit que certains panaris du pouce ou du petit doigt pouvaient se propager jusqu'à l'avant-bras et passer d'un de ces doigts à l'autre en suivant le trajet des gaînes synoviales radiale et cubitale. Mais il est souvent très difficile de savoir si le panaris de la gaîne est primitif ou consécutif, s'il n'est que l'extension à la gaîne d'un panaris sous-cutané, ou bien s'il se développe d'emblée dans la gaîne pour se propager ensuite au tissu cellulo-graisseux. La question me semble difficile à résoudre; cependant le panaris ressemble si peu, au début, à ce que nous savons de l'inflammation des synoviales tendineuses en général, que je serais disposé à admettre que le panaris primitivement développé dans la gaîne est excessivement rare.

Dolbeau, et avec lui Sappey, professent que le panaris débute *toujours* par l'inflammation des vaisseaux lymphatiques, dont les téguments des doigts sont si abondamment pourvus. *Dans tous les cas, cette maladie emprunte sa gravité particulière à ce que la gaîne peut être envahie, les tendons détruits et le doigt perdu ;* aussi faut-il s'opposer de tout son pouvoir à cet accident, et le meilleur moyen d'y parvenir est de *donner issue au pus* en pratiquant une large et profonde incision. Je partage à cet égard l'avis de Boyer: il ne faut pas *attendre la fluctuation.* L'incision a pour but, non seulement d'arrêter la marche de l'affection et de s'opposer à l'envahissement de la gaîne, mais de produire encore un débridement qui fait disparaître ou tout au moins diminue les intolérables douleurs du panaris, douleurs dues à la résistance des couches dont j'ai parlé et à la compression des nombreux nerfs collatéraux. Si l'incision doit être précoce dans le panaris des première et deuxième phalanges, elle doit l'être plus encore peut-être dans le panaris de la troisième. Là, en effet, il n'existe qu'une seule espèce de panaris, le sous-cutané, puisqu'il n'y a pas de gaîne. La gaîne, ai-je dit, adhère intimément au périoste et fait corps avec lui. Au bout de quelques jours, le pus décolle le périoste et la nécrose de la phalangette est inévitable. C'est pourquoi le panaris de la troisième phalange abandonné à lui-même dure longtemps, car la guérison ne survient qu'après l'élimination de tout ou partie de la phalangette. En empêchant le décollement du périoste, une incision profonde faite en temps opportun, c'est-à-dire dès le début, éloignera cet accident. Les deux tendons fléchisseurs, superficiel et profond, s'engagent ensemble dans le canal ostéo-fibreux, qu'ils parcourent dans toute son étendue, mais dont ils sont loin d'occuper toute la cavité. Une synoviale tapisse toute la longueur du canal ostéo-fibreux des doigts et se réfléchit à la surface des tendons ; les tendons glissent avec une très grande liberté dans un canal toujours humide.

CHAPITRE II.

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE.

Il est des individus fâcheusement prédisposés à contracter, sous l'influence de causes légères, de graves phlegmasies; la moindre piqûre, la moindre éraillure de l'épiderme, la plus petite inflammation superficielle, donnent lieu, chez les uns, à des phlegmons diffus et profonds, alors que de grands traumatismes passent chez d'autres pour ainsi dire inaperçus. Cependant, il est vrai de dire que beaucoup aident de leur mieux cette prédisposition: la saleté, le défaut d'hygiène facilitent singulièrement la propagation de la phlegmasie. Mettant de côté l'aptitude individuelle, telle plaie qui guérira avec rapidité chez celui dont la propreté est un fait habituel, traînera en longueur chez un autre pour lequel l'eau est la bête noire; ce dernier sera bien heureux s'il n'en découle pas de graves conséquences. Alors que les travaux rudes et pénibles qu'ils sont obligés de faire leur imposeraient une grande propreté, certains ouvriers se lavent les jours de pluie. Certaines causes plus palpables que celles que nous venons de citer sont les causes directement déterminantes. « Quel que soit le genre d'inflammation de la main et des doigts, si l'on cherche bien, dit Chevalet *(Thèse de Paris 1875)*, on trouve toujours une lésion des téguments. » Les écorchures, les éraillures, les piqûres, les envies qui siègent autour des ongles, les blessures par éclats de bois, de verre, des épines, des herbes coupantes, les éclats d'acier, de fer, de cuivre, les plaies par écrasement chez les ouvriers, les violences exté-

rieures, les plaies mal soignées et compliquées de la présence des corps étrangers, la présence dans les tissus de certains liquides septiques, les plaies anatomiques, surtout lorsque le cadavre est frais et qu'il n'a pas reçu d'injection conservatrice, les lésions des bourses séreuses, les brûlures, la carie, la nécrose, les anciennes blessures, peuvent amener à leur suite les phlegmasies les plus graves.

Après avoir énuméré les diverses causes des inflammations de la main, nous devons dire que ces inflammations peuvent être superficielles ou profondes.

Bouchet les divise en trois catégories :

1° Inflammation superficielle ;

2e Inflammation sous-cutanée ;

3° Inflammation profonde.

Cette dernière est subdivisée par tous les auteurs en :

1° Inflammation du tissu cellulaire sous-aponévrotique ;

2° Inflammation des gaînes tendineuses.

Nous allons nous occuper seulement de la deuxième variété des inflammations profondes, dont la propagation a été expliquée par deux théories contraires :

1° Théorie de Gosselin ;

2° Théorie de Dolbeau.

Pour Gosselin, les gaînes tendineuses des fléchisseurs facilitent la propagation des phlegmasies ; si elles ne sont pas intéressées, la lésion est moins grave. Pour Dolbeau, au contraire, toutes les inflammations des doigts, de la main, de l'avant-bras, sont consécutives à une lymphangite ; pour lui, les gaînes jouent un rôle tout à fait secondaire. La première théorie est celle qui nous paraît la plus vraisemblable ; c'est elle que nous allons tâcher de soutenir, preuves à l'appui. Nous opposerons à la seconde les objections posées par Gosselin lui-même, objections que nous discuterons sans écarter toutefois les faits qui ne sont pas en notre faveur.

Prenons textuellement un passage de la Thèse de M. Chevalet, élève de Dolbeau : « Le phlegmon des gaînes a pour causes l'exercice immodéré des tendons fléchisseurs, le panaris du pouce et du petit doigt, les opérations et les blessures qui ouvrent les grandes synoviales tendineuses de la face antérieure du poignet ou de la main. Le phlegmon du tissu cellulaire peut lui donner naissance par propagation. » Dolbeau lui-même s'exprime en ces termes : « Les blessures de la main et principalement les petites plaies contuses qui intéressent la profondeur des doigts sont en général négligées par les malades ; aussi le traitement est-il rarement conduit avec toute la sévérité désirable. On peut affirmer, sans crainte d'être contredit, que trop souvent des blessures des doigts, en apparence fort simples, entraînent à leur suite des accidents sérieux. Au nombre des accidents qui succèdent aux blessures ou même aux amputations des doigts, il faut surtout mentionner les phlegmons de l'avant-bras. C'est à la suite des blessures de la main que surviennent les phlegmons des gaînes de l'avant-bras. Mais si toutes les blessures peuvent, ainsi que je l'ai observé, donner naissance à cet accident, il est juste de dire que ce *sont les plaies profondes qui le plus souvent engendrent cette complication.* Les piqûres qui traversent toute l'épaisseur du doigt, les plaies qui intéressent les tissus sous-aponévrotiques des éminences thénar et hypothénar, sont souvent l'occasion d'un phlegmon profond de l'avant-bras. On observe encore ces phlegmasies graves à la suite des plaies contuses, par projectile de guerre, qui intéressent les tissus profonds des doigts et de la main. » Ainsi donc, Dolbeau lui-même avoue que les piqûres légères, les éraillures de l'épiderme, sont des causes moins fréquentes de phlegmons profonds que les grandes plaies, les *piqûres intéressant toute l'épaisseur des doigts*, etc. — Si la surface, si la profondeur de la plaie sont grandes, on a

beaucoup de chances pour que la gaîne ait été intéressée d'emblée, premier point de gagné. En admettant que le choc traumatique n'ait pas porté sur cette dernière, la laxité des mailles du tissu cellulaire environnant et assez grande pour permettre un libre cours à la phlegmasie. L'intervention des lymphatiques est tout à fait inutile; leur inflammation au lieu d'être toujours primitive, est quelquefois consécutive; elle manque très souvent. « Les arguments développés à l'appui de sa théorie par Dolbeau et ses élèves lui donnent une grande vraisemblance; mais il ne faut pas cependant la généraliser, car on observe assurément des faits qui lui sont contraires » (Tillaux). Nous allons prendre tour à tour les objections opposées par Gosselin lui-même à cette théorie; elles sont au nombre de quatre. Cet éminent chirurgien s'exprime ainsi:

« 1° Elle ne peut pas être démontrée anatomiquement. » A cela M. Chevalet répond que, « d'après l'anatomie, la théorie de Dolbeau passe du domaine de l'imagination dans celui de la réalité. Les planches de Mascagni, de Bourgery et l'Anatomie descriptive des lymphatiques de M. Sappey montrent, dit-il, les vaisseaux lymphatiques superficiels et profonds. » Pour nous, ces planches sont complètement en désaccord avec la théorie que soutient l'auteur, assertion que nous prouverons un peu plus loin en soutenant la troisième objection. « L'engorgement des ganglions du coude, de l'aisselle, est inévitable, dit M. Chevalet. » La chance doit nous avoir favorisé, car dans le peu de cas qu'il nous a été permis d'observer, excepté toutefois chez un homme porteur depuis cinq mois d'un phlegmon chronique, il n'y avait pas trace d'engorgement ganglionnaire. Comment se fait-il que, dans beaucoup de cas, ces ganglions soient complètement indemnes?

2° Deuxième objection de Gosselin: La théorie de M. Dolbeau fait supposer que les abcès sous-aponévrotiques doivent

être sur le trajet de la radiale et de la cubitale, c'est-à-dire assez peu profonds, puisque c'est là que sont les principaux lymphatiques sous-aponévrotiques. Les abcès que nous voyons dans ces cas sont bien plus profonds; ils se trouvent au-devant du carré pronateur, du ligament interosseux et des os, lesquels sont parfois dénudés, par suite d'une participation du périoste à la maladie, et, à une pareille profondeur, il y a très peu de vaisseaux lymphatiques; je ne vois que ceux qui accompagnent l'artère interosseuse; ils sont bien petits et bien peu nombreux pour donner lieu à des phlegmons et des abcès aussi considérables. » M. Chevalet répond: « Les abcès que l'on rencontre le plus fréquemment se trouvent dans la région de ces artères; ils sont plus rares profondément. Il faut, pour s'en convaincre, ne pas attendre, mais inciser de très bonne heure avant d'avoir permis au pus de fuser et d'envahir les régions environnantes.» A cela, nous répondrons à notre tour: En admettant que le pus ait fusé dans les régions voisines, qu'il ait gagné les couches profondes, les couches superficielles devraient en recéler encore, puisque c'est là qu'il aurait pris naissance. On observe très souvent le contraire: en effet, l'incision de la peau pratiquée, rien ne s'écoule au dehors, si ce n'est du sang pur; si l'on veut évacuer le pus, il faut plonger assez profondément dans la plaie un instrument mousse, sonde cannelée, stylet, sonde de poitrine, etc.— L'absence de pus tout d'abord, la vue du sang, pourraient faire croire d'emblée à un chirurgien peu expérimenté qu'il a porté un faux diagnostic, que la fluctuation n'était qu'apparente. S'il pousse au contraire son instrument jusqu'au niveau du carré pronateur, le pus s'échappe en abondance.

3° Troisième objection: « La théorie de M. Dolbeau n'explique pas pourquoi les abcès profonds de l'avant-bras se voient si habituellement à la suite de blessures profondes

du pouce ou du petit doigt, et ne se voient que très exceptionnellement après les blessures des autres doigts, dont la synoviale tendineuse est indépendante de la grande synoviale carpienne.» — « La peau de la main, de l'avant-bras et du bras est entièrement couverte de lymphatiques » (Sappey). En résumé, dit M. Chevalet, nous voyons que, quelle que soit l'opinion des auteurs, la peau est couverte de lymphatiques, que le derme est parcouru par ces mêmes vaisseaux qui forment des réseaux d'où partent des troncules qui traversent le tissu cellulaire, et que, même pour la plupart des micrographes actuels, le tissu cellulaire est creusé de lacunes lymphatiques. Je viens dire alors : L'inflammation de ce tissu, le phlegmon diffus, circonscrit, l'abcès et le panaris, ne sont que des inflammations primitives des réseaux, des troncules et des troncs lymphatiques et des vaisseaux capillaires. »

Si nous examinons attentivement les planches qui sont à la fin de cette Thèse et qui sont empruntées à Sappey, nous n'en voyons aucune qui soit en faveur de la théorie que soutient l'auteur ; soit à la face palmaire, soit à la face dorsale, les doigts, la main, sont criblés de lymphatiques.

D'après ces mêmes planches, une blessure de l'index, du médius, de l'annulaire, devrait être aussi sérieuse qu'une blessure du pouce ou du petit doigt. Comment se fait-il qu'il n'en soit pas ainsi ? D'où vient, par exemple, qu'un panaris affectant l'un des trois doigts du milieu propage seulement son inflammation jusqu'au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne ? D'où vient que, dans la plupart des cas, la phlegmasie s'arrête, pourvu toutefois que l'on institue un bon traitement ? Pourquoi, le pouce et le petit doigt étant le siège et le début de l'inflammation, prend-elle très souvent un caractère spécial de gravité ?

Si, comme cherche à le prouver l'auteur, les lymphatiques sont toujours la cause de propagation, comment se fait-il

que ce caractère de gravité ne se manifeste pas pour tous les doigts sans exception? Si l'on jette un coup-d'œil rapide sur la belle figure de M. Tillaux (*Anatomie topographique*, pag. 567), l'explication est toute trouvée. Si le phlegmon débute par le pouce, il envahit très souvent le petit doigt, laissant les trois autres doigts complètement indemnes. La marche est inverse si le mal débute par le petit doigt. Quelquefois cependant, pas un doigt n'échappe à ce terrible processus inflammatoire; l'annulaire est le plus souvent attaqué, l'index et le médius étant parfaitement sains. L'explication de ce fait découle encore de la disposition anatomique; la gaîne propre de l'annulaire est très peu éloignée de la grande synoviale commune, relativement aux gaînes de l'index et du médius. On comprend donc très bien que la phlegmasie, partie du pouce ou du petit doigt, envahisse plus facilement l'annulaire que l'index et le médius.

4° Quatrième objection: « La théorie de Dolbeau ne nous éclaire pas sur les causes qui donnent de la gravité au pronostic dans ces cas, les adhérences des tendons, l'insuffisance du mouvement des doigts, la main en griffe, tous ces phénomènes qui ne peuvent guère s'expliquer que par les phénomènes consécutifs à la synovite tendineuse.»

A notre tour, nous dirons qu'elle ne nous éclaire pas du tout sur le manque de rougeur dans le phlegmon des gaînes.

Nous ne dirons pas que cette rougeur n'existe jamais, mais nous pouvons affirmer qu'elle manque souvent. « Les symptômes sont locaux ou généraux, dit M. Chevalet; le premier est la rougeur, qui le plus souvent prend son point de départ à l'endroit lésé. *Dans toute angioleucite, même la plus bénigne, il y a rougeur de la peau.*» Comment donc se fait-il que cette rougeur fasse le plus souvent défaut dans le phlegmon des gaînes?

A la quatrième objection de Gosselin, M. Chevalet répond « que les gaînes et le tissu cellulaire se confondent pour ainsi dire, et que, les lymphatiques étant enflammés, il n'y a rien d'étonnant que le tissu cellulaire s'enflamme à son tour, qu'il devienne dur, moins lache; de là une influence sur les gaînes.

Bien que le cas puisse exister, n'est-il pas plus naturel d'admettre qu'il se forme à l'intérieur des gaînes des dépôts plastiques qui gênent les tendons dans leurs mouvements? « Les adhérences, dit Gosselin, paraissent devoir être moins multipliées et moins rebelles quand l'inflammation est restée plastique, au moins sur une grande étendue de la synoviale, que quand elle est devenue suppurative et granuleuse.» Comme le dit M. Chevalet, l'irritation des muscles existe, mais les adhérences sont la principale cause d'immobilité. Si, après la période d'inflammation, on ne soumet pas le malade à un traitement approprié, la main en griffe devient tous les jours plus accentuée comme difformité, et la rétraction, au lieu de s'amender, continue à s'effectuer de plus en plus. Il y a donc eu en même temps rétraction des fléchisseurs.

CHAPITRE III.

SYMPTÔMES, DIAGNOSTIC, PRONOSTIC, CONSÉQUENCES.

Symptômes. — Les inflammations profondes de la main ont été divisées par tous les chirurgiens, Dupuytren, Velpeau, Chassaignac, Gosselin, Bauchet, en deux grandes classes, qui sont:

1° Inflammation dans les coulisses tendineuses;

2° Inflammation occupant le tissu cellulaire sous-aponévrotique.

Nous avons, dans ce travail, un but seul et unique: nous voulons nous arrêter sur la description de l'inflammation des gaînes synoviales de la main. Néanmoins, pour bien établir les symptômes de cette phlegmasie, pour en faire ressortir les terribles conséquences, nous ferons un diagnostic différentiel entre ces deux variétés d'inflammation, qui, à première vue, pourraient être confondues.

« En réfléchissant, dit Bauchet (1), à la disposition des membranes séreuses de la paume de la main, on peut déjà prévoir comment va se développer l'inflammation dans ces organes, et suivre par la pensée les diverses phases de son évolution.»

Nous diviserons les symptômes en:

1° Symptômes locaux;

2° Symptômes généraux.

M. Polaillon dit (2): « Une douleur violente accompagnée

(1) *Du panaris et des inflammations de la main*, 1875.

(2) Art. *Main*, du *Dictionnaire encyclopédique* (Polaillon).

de la flexion des doigts est le premier signe caractéristique du phlegmon des gaînes. L'attitude des doigts est surtout importante à noter. La première phalange est dans l'extension et continue la direction des métacarpiens, tandis que les deux autres phalanges sont recourbées en crochet. La douleur s'exaspère au point de devenir intolérable, lorsqu'on cherche à imprimer quelques mouvements aux doigts, et telle est la force de rétraction des fléchisseurs, qu'il faut faire un effort considérable pour les étendre.» La rougeur est très souvent peu prononcée; assez fréquemment même, il y a du gonflement, *mais sans aucune rougeur*. La région se gonfle d'une manière rapide et diffuse; elle devient le siège d'un empâtement tout spécial, elle conserve l'impression du doigt. A mesure que la suppuration augmente, le gonflement s'accentue, les gaînes forment quelquefois un relief appréciable; au niveau du ligament annulaire antérieur du carpe, on remarque une dépression bien tranchée qui est due à l'action de cette bride fibreuse sur les gaînes qui sont situées en arrière. La tuméfaction occupe tout le poignet. « La main, dit Bauchet, semble se continuer sans ligne de démarcation avec la partie inférieure de l'avant-bras.» La fluctuation existe souvent, et, pour la bien percevoir, il faut presser alternativement sur le cul-de-sac supérieur des gaînes et sur la paume de la main. On sent un léger choc qui dénote la présencc du pus dans les gaînes.

Symptômes généraux.— Il sont bien plus intenses que dans les autres phlegmasies des doigts et de la paume de la main. Le malade est pris de frissons, bientôt suivis de chaleur et de sueurs profuses ; la fièvre est intense, le pouls vif, fréquent; céphalalgie violente, soif vive, perte d'appétit, tels sont les symptômes les plus fréquents. Quelquefois la douleur est si vive, le gonflement si rapide, qu'on peut voir se

développer des signes d'étranglement, vomissements, délire. Certains chirurgiens des pays chauds ont observé le tétanos, provoqué par ces phlegmasies profondes des doigts et de la main. Si l'inflammation n'est pas enrayée au début, la douleur, le gonflement, les accidents généraux augmentent; à part ces quelques phénomènes, il peut survenir les complications les plus graves si une médication énergique n'est pas instituée. Les coulisses séro-tendineuses peuvent se rompre, et le phlegmon, de local qu'il était, puisqu'il occupait les gaînes seules, devient général, diffus, attaquant le tissu cellulaire sous-aponévrotique environnant. Disons, en passant, que le début de la maladie peut affecter deux formes bien distinctes :

1° Forme brusque;

2° Forme insidieuse.

« Dans la première forme, dit M. Chevalet, le malade porteur d'une blessure quelconque n'y fait pas attention; il est bientôt pris d'un violent frisson, de céphalalgie, d'embarras gastrique, et en même temps il éprouve une douleur très intense dans le doigt, la main, l'avant-bras et même le bras.» La marche en est donc la suivante : 1° frisson, fièvre, céphalalgie; 2° gonflement ; 3° douleur. Dans la seconde forme, les accidents locaux se développent les premiers. Les symptômes généraux sont consécutifs à la phlegmasie locale et ne se montrent qu'au moment de la formation du pus.

Voici la marche qu'elle affecte :

1° Douleur ; 2° gonflement; 3° frissons, fièvre, inappétence.

Diagnostic. — Le diagnostic du phlegmon des gaînes découle naturellement des symptômes que nous venons de donner; néanmoins, nous allons insister sur certains points qui nous paraissent importants, envisagés surtout au point

de vue du diagnostic différentiel avec l'inflammation du tissu cellulaire sous-aponévrotique.

Ces deux inflammations pouvant prêter à la confusion, nous allons insister sur plusieurs caractères qui permettent de les différencier notablement. Bauchet dit : « La douleur intense, la rétraction des doigts, le gonflement en plaque de la paume de la main, le gonflement des doigts, dont la synoviale tendineuse est en communication avec la synoviale palmaire, tels sont les signes caractéristiques qui rendent le diagnostic assez facile. » La rétraction des doigts, nous l'avons déjà dit, est un caractère important à noter; la première phalange conserve une direction rectiligne, elle fait suite à la direction des métacarpiens, retenue dans cette position par les muscles interosseux; la deuxième et la troisième phalanges sont recourbées en crochet. Tout mouvement de la main est pour ainsi dire impossible, à cause des douleurs intolérables qu'éprouve le malade. Peu ou point de rougeur, signe important. Puisque, d'après Dolbeau et ses élèves, toute lymphangite comporte une vive rougeur, d'où vient que cette dernière manque quelquefois complètement dans le phlegmon des gaînes? Nous insistons sur ce point afin de prouver que l'angioleucite n'est pas absolument nécessaire dans toutes les inflammations des doigts et de la main. « Cette rétraction des doigts, dit Bauchet, la tuméfaction uniforme du creux de la main, l'absence d'une rougeur vive, surtout au début, le gonflement du poignet et de la partie inférieure de l'avant-bras, ne pourront pas permettre de confondre cette inflammation avec une inflammation superficielle ou sous-cutanée. Dans celle-ci, la rougeur et le gonflement de la face dorsale de la main constituent d'importants caractères; on peut même ajouter que, pour un observateur peu attentif, la maladie semble se concentrer sur le dos de la main, tandis que les symptômes observés de ce côté ne sont qu'un épiphénomène

peu important de la phlegmasie.» Si l'inflammation gagne l'avant-bras, on observe les mêmes phénomènes que du côté de la main : peau luisante, tendue, mais exempte de rougeur. Au contraire, dans l'inflammation du tissu cellulaire sous-cutané, le dos de la main est enflé et très rouge.

L'inflammation du tissu cellulaire sous-aponévrotique ne ressemble pas à l'inflammation des coulisses tendineuses. Comme nous le verrons un peu plus loin, à l'article des Conséquences, cette dernière entraîne uue grande raideur des doigts, une gêne considérable des mouvements ; elle est toujours suivie d'adhérences. La première de ces phlegmasies ne traîne pas après elle un cortège aussi alarmant. Nous allons retracer dans le tableau suivant les différences qui existent entre elles :

Inflammation des gaînes tendineuses.	Inflammation du tissu cellulaire sous-aponévrotique.
1° Peu ou point de rougeur.	1° Rougeur vive.
2° Rétraction des doigts ; mouvements de ces organes très douloureux et même impossibles.	2° Jeu des tendons à peine gêné ; les malades peuvent accomplir eux-mêmes certains mouvements.
3° Gonflement uniforme, en plaques.	3° Gonflement plus marqué là où existe plus de tissu cellulaire ; remonte rarement sous le ligament annulaire.
4° Symptômes généraux très graves ; délire, vomissements quelquefois.	4° La suppuration arrive plus vite ; le pus s'échappe, les symptômes généraux s'amendent.

Sans doute, l'inflammation du tissu cellulaire sous-aponévrotique peut déterminer, par voisinage, des adhérences partielles, mais adhérences qui d'ordinaire ne persistent pas longtemps. C'est ce que Gosselin appelle « *Synovite suppurante externe par rapport aux gaînes tendineuses.* » Ces deux inflammations peuvent se combiner, se compliquer l'une par l'autre.

Pronostic et conséquences. — Le pronostic est très grave; aussi le chirurgien doit-il s'efforcer d'enrayer l'inflammation, de lui tracer en quelque sorte une route à suivre, pourvu toutefois que le malade ne vienne pas réclamer ses soins à la dernière extrémité, alors qu'il n'y a plus que des cataplasmes à appliquer, qu'une amputation à faire. Voici ce que nous trouvons dans le Mémoire de Bauchet, auquel nous avons déjà largement puisé: « L'inflammation qui occupe les coulisses tendineuses de la paume de la main, à moins d'être arrêtée tout à fait à son début, donne lieu presque nécessairement à des désordres graves qui, le plus souvent, persistent pendant toute la vie: adhérences des tendons, rétraction et difformité des doigts, et ce ne sont pas là encore les accidents les plus communs et les plus redoutables. »

Malheureusement ces affections sont quelquefois et trop souvent traitées par des personnes complètement étrangères à la chirurgie. Les empiriques appliquant indistinctement le même baume sur toutes les plaies, les individus qui ont la prétention d'arrêter les progrès du mal au moyen de quelques patenôtres, voilà en qui le patient a confiance; remèdes de bonnes femmes, voilà ce qu'il applique.

A ce propos, M. Estorc, ancien interne des hôpitaux de Montpellier, aujourd'hui docteur en médecine à Bédarieux, m'a cité un fait très curieux qu'il a observé, il y a peu de temps dans sa clientèle. Appelé dans un village voisin à traiter un phlegmon sous-cutané du dos de la main, il fut tout étonné de trouver le bras du malade fortement sanglé, au niveau du creux axillaire, avec une corde de pain de sucre. Ces ficelles ont, paraît-il, dans le pays, une propriété presque divine, celle d'arrêter net la marche des érysipèles. Inutile de dire que notre ami M. Estorc s'empressa d'enlever le lien et de faire plusieurs larges incisions; le malade a guéri dans quel-

ques jours. Jugées si légèrement par le vulgaire, qui n'en comprend pas la gravité, les inflammations des gaînes tendineuses nécessitent souvent l'amputation du poignet ou de l'avant-bras, elles sont quelquefois suivies de mort. Nous ne croyons pas sortir de notre sujet en relatant une observation de phlegmon chronique consécutif à un phlegmon des gaînes tendineuses, phlegmon qui, dans la suite, avait envahi le tissu cellulaire environnant. Certains auteurs considèrent le cas comme très rare. Ayant eu la bonne fortune de l'observer à l'hôpital Saint-Éloi, dans le service de M. le professeur Dubrueil, nous nous empressons de le reproduire.

Observation I.

(Personnelle).

Phlegmon chronique du membre supérieur gauche consécutif à un phlegmon des gaînes occasionné par un coup de feu qui emporta le petit doigt.— Amputation intra-deltoïdienne. — Pyohémie. — Mort.

Saint-Julien Jacques, cultivateur à Gignac, âgé de 47 ans, entre à l'hôpital Saint-Éloi le 7 janvier 1884, salle Saint-Éloi, lit n° 26. Le 22 août 1883, le malade, qui ne l'était pas alors, va faire une partie de chasse: le fusil éclate entre ses mains; le petit doigt de la main gauche est emporté par le coup de feu, au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne. Ainsi donc, pas de doute que la gaîne n'ait été ouverte. Quelques jours après, la paume de la main est enflée et brusquement le côté externe devient le siège de l'inflammation, le pouce est énorme, les mouvements douloureux et impossibles; la tuméfaction envahit le poignet. Un docteur appelé en toute hâte conseille des incisions; le malade refuse et mande chercher un rebouteur qui ordonna certaines pommades de sa composition, dont le malade ne peut même pas nous dire la couleur. Une suppuration abondante s'établit, la main grossit

tous les jours, les doigts se recourbent en crochet, les douleurs sont intolérables et une ouverture se fait naturellement au niveau de la naissance du sillon qui sépare les deux éminences palmaires ; cette fistule donne issue à une grande quantité de pus fétide. On applique des cataplasmes. Quatre mois et demi après l'accident, le malade, fatigué de son état, s'aggravant tous les jours, vient à l'hôpital Saint-Éloi. Le 7 janvier, jour de son entrée, la main est au moins deux fois plus grosse que la main droite ; elle a une consistance dure, lardacée; elle est d'un rouge violacé. La peau est rugueuse et présente de petites fissures qui laissent écouler un pus sanieux. Le jour même, M. Dubrueil propose l'amputation au malade; il la refuse. Quelques jours après, cependant, il a réfléchi et demande lui-même à être opéré. Non seulement la main est en mauvais état, mais l'avant-bras et le bras sont le siège d'un tel empâtement que le chirurgien se propose tout d'abord de faire la désarticulation de l'épaule. Après un examen plus attentif des téguments, M. Dubrueil voit qu'il pourra trouver un peu plus bas des tissus sains qui lui permettront de tailler de bons lambeaux. Il se décide alors à faire l'amputation intra-deltoïdienne (15 janvier 1884). — T. soir, 38°.

16. T. matin, 37°,9. — Le malade est altéré et demande comme boisson de la limonade cuite, qui lui est accordée. Peu à manger, beaucoup à boire. Bon sommeil la nuit, pas de douleur à la plaie. — Pouls large, plein, 90. T. soir, 38°, 4.

17. T. matin, 38°. P. 90. — Le malade a encore très bien dormi, et, à en juger par le faciès, on ne dirait pas qu'il vient de subir un traumatisme aussi grave. Quand bien même il ait dormi, il prétend avoir pris mal et avoir sué un peu. — T. soir, 38°,7.

18. T. matin, 37°,5. P. 86. — On recommande d'alimenter le malade. — T. soir, 39°.

19. T. matin, 38°. P. 95. — Rien de particulier à noter; le

malade est très content et a même l'air de faire parade d'un courage qu'il ne montrait pas avant l'opération. — T. soir, 39°,5.

20. T. matin, 39°,3. P. 102. — Vers quatre heures du matin, le malade est pris d'un violent frisson, tremble, bondit dans son lit, rejette ses couvertures. Ses voisins de lit et le veilleur de la salle ont beaucoup de peine à le maîtriser. Durée de l'accès : vingt minutes à peu près. Au moment de la visite, il est en pleine fièvre.

On ordonne 1gr. 25 de sulfate de quinine à prendre le soir. — T. soir, 38°4.

21. T. matin, 39°. P. 120. — Le malade n'a pas fermé l'œil ; il attribue son insomnie au sulfate de quinine. Accès moins fort, qui arrive deux heures plus tôt que la veille. Durée de l'accès : dix minutes. — T. soir, 40°,2.

22. T. matin, 38°,2. P. 112 — Le malade a bien dormi la nuit: il prétend n'avoir fait qu'un sommeil qui a duré six heures

Pas d'accès de fièvre. M. Dubrueil ordonne cependant 1 gr. de sulfate de quinine ; il pense que ces accès ne sont pas ceux de la fièvre intermittente, qui reviennent ordinairement à la même heure (ici n'est pas le cas), mais bien les frissons de la pyohémie. Il explique cette pyohémie par la phlébite de la veine humérale, qui aurait été froissée par la ligature pendant l'opération. Cette explication nous paraît très plausible, la ligature préalable des vaisseaux ayant été assez laborieuse. — T. soir, 38°,8.

23. T. matin, 38°,2. Pouls petit, dépressible, 120. — Hier le malade a eu un accès de fièvre à onze heures du matin, après la soupe, accès qui, paraît-il, a duré un quart d'heure. Langue sèche, fuligineuse ; légère teinte subictérique. — 1 gr. 25 de sulfate de quinine. — T. soir, 39°.

24. T. matin, 39°,4. Pouls fréquent. — Le malade est altéré et réclame de la tisane ; il a eu un accès dans la journée

d'hier à onze heures du matin ; frissons dans la nuit à deux heures. — On supprime le sulfate de quinine et on le remplace par une potion ainsi formulée :

Acide phénique.....	0 gr.50
Acide salicylique.....	0 gr.50
Eau	120 gr.00

Une cuillerée à bouche toutes les heures. — T. soir, 38°,7.

25. T. matin, 38°. P. 102. — Pas de frissons ; cependant la respiration s'accélère (30 inspirations par minute). Langue sèche, fuligineuse, soif vive ; plaie grisâtre. — T. soir, 40°,6.

26. T. matin, 38°. — Le malade a très bien pris sa potion ; il est tout heureux qu'on lui ait supprimé le sulfate de quinine et qu'il soit remplacé par une potion phéniquée *« qui ne l'agite pas. »* — T. soir, 39°,3.

27. T. matin, 39°,3. — Pas de sommeil la nuit ; vomissements, pouls fréquent, tremblement continuel. Langue sèche. — T. soir, 40°,2.

28. T. matin, 39°,2. — Hoquet pendant toute la nuit ; très agité. La plaie est presque noire, d'odeur fétide et repoussante. Teinte subictérique de plus en plus accusée, douleur du côté du foie, qui dépasse d'un travers de doigt le rebord des fausses côtes.

Dyspnée de plus en plus intense ; 35 inspirations par minute. Le malade ne peut presque plus parler, et il succombe le même jour à sept heures du soir. Le corps est réclamé par la famille et la nécropsie ne peut avoir lieu.

DISSECTION PERSONNELLE DU MEMBRE AMPUTÉ.

Bras. — Le membre a tout à fait l'aspect éléphantiasique, son volume est énorme, sa couleur gris foncé. La peau est rugueuse ; au pli du coude, nous trouvons un ganglion lym-

phatique de la grosseur d'une noisette, ramolli, sur le trajet de la veine basilique. Tout d'abord nous avions cru à un anévrisme artérioso-veineux. M. le professeur-agrégé Grynfeltt, qui avait bien voulu nous permettre de disséquer la pièce, ouvrit la poche d'un coup de bistouri et nous démontra visiblement qu'il n'y avait jamais eu de sang dans son intérieur.

Avant-bras. — Rien de spécial à noter; le tissu cellulaire, comme au bras, du reste, est hypertrophié de manière à nous arrêter souvent dans notre dissection; les muscles sont noirs et gluants.

Main. — La main est peut-être la partie dont le tissu cellulaire a subi la plus grande hypertrophie; lardacé, criant sous le scalpel, il fait corps avec la peau et a au moins 1 cent. d'épaisseur. Les doigts, fortement recourbés en crochet, ressemblent à de petits boudins. Une première fistule siégeant à la face dorsale de l'apophyse styloïde du radius communique par un trajet fistuleux complètement noir avec une autre fistule située à 3 centim. au-dessus de l'apophyse styloïde du cubitus. Du premier espace interdigital part une troisième fistule communiquant avec un quatrième orifice siégeant au niveau du troisième espace interosseux, à la hauteur du milieu du métacarpien correspondant. Un troisième trajet part du premier orifice pour aboutir vers le milieu du deuxième trajet. Un quatrième trajet fistuleux part du troisième orifice siégeant sur la face dorsale de la main et vient aboutir à la face palmaire sur le côté interne de l'éminence thénar, au niveau de la tête du premier métacarpien, entre le premier espace interdigital. A cet endroit, nous enlevons un séquestre qui a l'air d'être la partie supérieure du trapèze et dont nous expliquons ici la présence par la violence

du coup de feu. La main est, on peut dire, canalisée. Les gaînes des fléchisseurs forment une grande cavité noirâtre, remplie d'un liquide gluant et nauséabond. Elles ont été perforées ; impossible, malgré une dissection minutieuse, de les détacher de ce magma noirâtre et criant sous le scalpel; on peut encore moins les insuffler, puisqu'elles sont percées de tous cotés.

Nous basant sur la marche de la phlegmasie qui a été bien nette, nous concluons qu'il y a eu d'abord phlegmon des gaînes des fléchisseurs ; sous l'influence du travail pathologique, ces dernières ont été perforées et l'inflammation s'est propagée au tissu cellulaire ambiant.

CHAPITRE IV.

COMPLICATIONS.

Le panaris et le phlegmon de la main peuvent être l'occasion ou le point de départ d'un grand nombre d'affections ou d'accidents divers, que nous allons passer en revue sous le titre de *Complications*.

Elles peuvent être classées en trois catégories distinctes :

1° Complications locales.

2° Complications générales.

3° Complications intercurrentes ou de coïncidence.

La première classe comprendra les maladies locales, liées intimément, par droit de voisinage, au panaris ou au phlegmon de la main.

Dans la seconde, nous classerons les accidents généraux graves qui ont eu le phlegmon des doigts ou de la main pour origine, mais qui se sont manifestés par des troubles généraux ou des symptômes éloignés du point de départ de la maladie. Nous traiterons en dernier lieu des maladies qui, sans tenir directement à l'affection primitive, ont éclaté chez un sujet pendant le cours de cette affection.

Complications locales. — Les plus communes sont : l'angioleucite, l'érysipèle, le phlegmon diffus, la phlébite, l'artérite, l'arthrite, la pourriture d'hôpital. Nous allons reprendre en détail chacune de ces complications.

Angioleucite. — Entre toutes, l'angioleucite est sans contredit celle qui se montre le plus souvent. Bien que nous ayons dit ailleurs qu'elle manquait souvent, nous ne mé-

connaissons pas son existence dans certains cas; nous ferons remarquer toutefois que nous ne la considérons pas comme cause initiale et *sine quâ non* de la maladie, mais bien comme complication. Nous avons assez insisté sur ce point pour nous permettre de ne pas y revenir.

Érysipèle. — L'érysipèle est assez rare comme complication d'un panaris ou d'un phlegmon de la main. Si toutefois un malade arrive dans un service d'hôpital où sévit une épidémie d'érysipèle, il peut très bien se faire qu'il soit victime de l'agent infectieux, malgré toutes les précautions d'antisepsie que peut prendre le chirurgien. L'isolement des malades peut être rigoureusement fait, sans doute; les ciseaux qui servent à couper les pansements, les bassins qui servent à les recevoir peuvent être facilement remplacés; mais comment obliger, par exemple, le personnel médical, chef de service, panseurs, infirmiers, à s'habiller et se déshabiller vingt fois par visite? La chose est matériellement impossible. Dans tous les cas, la maladie n'offre ici rien de particulier dans sa marche et son cortège de symptômes. L'érysipèle s'arrête assez ordinairement au niveau de l'épaule et n'envahit pas le tronc.

Phlegmon diffus. — Le phlegmon des gaînes des fléchisseurs de la main ne s'arrête pas à la main la plupart du temps et donne naissance au phlegmon de l'avant-bras, du bras. Cet accident, malheureusement trop fréquent, s'annonce par des symptômes généraux très graves que nous ne répétons pas, par un gonflement considérable du membre, une tension extrême, une douleur intolérable et peu de *rougeur à la peau.*

L'artérite et la phlébite peuvent se développer aussi avec toutes leurs conséquences; leurs symptômes, leur pronostic,

leur traitement, ne donnent lieu à aucune considération particulière. Cependant le voisinage d'un foyer purulent peut altérer les artères, les ulcérer même et donner lieu à des hémorrhagies graves qui sont l'apanage des blessures par armes à feu. Nous avons, en effet, souvent entendu dire à notre Maître que pendant le siège de Paris, en 1870-71, alors qu'il était chirurgien de l'hôpital Baujeon, des malades entraient dans les salles, porteurs de blessures en apparence légères ; quelques jours après, certains d'entre eux mouraient d'hémorrhagie, si de prompts secours ne leur étaient pas donnés. Dans ces cas, le projectile peut froisser ou déchirer les tuniques artérielles, mais la suppuration achève l'œuvre ébauchée par le coup de feu. Sans avoir la prétention de faire un rapprochement complet entre ces accidents, nous croyons qu'il y a cependant une certaine analogie et que le travail ulcératif de la suppuration joue un grand rôle.

Arthrite. — Les articulations en général sont, on peut le dire, des organes très délicats, désagréablement impressionnés par la moindre inflammation, par le moindre traumatisme. La synoviale vient-elle à suppurer, il se forme des dépôts plastiques et le jeu des mouvements est gêné. Les os, les cartilages subissent certaines altérations qui les font ressembler à des os qui ont macéré dans l'eau; si on les fait mouvoir les uns contre les autres, on sent un frottement vague, désagréable au doigt, que nous avons comparé ailleurs au frottement de deux noix l'une sur l'autre; on éprouve presque la même sensation en faisant plier le genou d'un malade atteint d'arthrite sèche.

Pourriture d'hôpital. — Nous citons en dernier lieu la pourriture d'hôpital. Bien que cette complication puisse survenir, nous croyons inutile de démontrer qu'elle ne doit pas

paraître souvent aujourd'hui, grâce aux pansements antiseptiques arrivés à un degré de perfectionnement vraiment remarquable. Les statistiques seules prouvent ce que j'avance.

Complications générales. — Nous comprendrons ici : 1° les accidents nerveux; 2° l'infection purulente ou pyohémie; 3° l'infection putride ou septicémie.

1° *Accidents nerveux.* — Ils varient suivant l'âge, le sexe, la constitution des malades, et surtout suivant la forme de la maladie. La douleur modérée et supportable quand le phlegmon est superficiel, prend de grandes proportions quand il est profond; l'insomnie, le délire, les mouvements convulsifs surviennent quelquefois. Dans les pays chauds, on a observé le tétanos.

2° *Infection purulente.* — Dans les hôpitaux, où l'agglomération des malades est forcée, où l'air est quand même vicié, l'infection purulente survient quelquefois. Le malade a l'air de s'acheminer vers la guérison, il est pris subitement d'un frisson intense, la plaie prend un aspect grisâtre, les symptômes généraux deviennent alarmants. Si le frisson ne se reproduit pas dans les quarante-huit heures, il y a lieu d'espérer qu'il ne s'agit pas d'infection purulente; néanmoins, il faut bien se garder de porter dès lors un pronostic favorable et de s'endormir dans une sécurité trompeuse. Si le malade a déjà eu des accès de fièvre intermittente, qu'il habite un pays marécageux, on pourra mettre sur le compte de l'infection palustre le frisson initial qui, dans ce cas, reviendra avec son rhythme habituel et son cortége de symptômes connus.

3° *Infection putride.* — L'infection putride est moins dangereuse que la précédente; elle survient ordinairement chez

des malades anémiés, affaiblis par une longue suppuration. Elle s'annonce moins franchement que la précédente ; le frisson initial manque quelquefois, il survient de la diarrhée, des sueurs abondantes, le pus est fétide, l'odeur du malade insupportable.

COMPLICATIONS INTERCURRENTES OU DE COÏNCIDENCE.

Ictère. — Comme dans toutes les maladies graves, l'ictère peut survenir et faire craindre quelquefois l'infection purulente ; en effet, dans cette dernière, les malades prennent une teinte terreuse, jaune paille, semblable à celle des cancéreux arrivés à la période de cachexie ultime. Cependant, dans l'ictère simple, on ne trouve pas les symptômes qui, dans l'infection purulente, accompagnent cette coloration de la peau : fièvre, frisson, chaleur, sueurs, diarrhée, dyspnée, etc.

Je signalerai, en terminant, la fièvre typhoïde, la pneumonie, les fièvres éruptives, les douleurs rhumatoïdes pleurodyniques. Dans une de nos observations, le malade a succombé à une pneumonie, alors qu'il était complètement guéri de son phlegmon.

CHAPITRE V.

TRAITEMEMT.

Le pronostic grave de cette inflammation, ses conséquences très fâcheuses, doivent tenir le chirurgien en éveil, lui imposent le devoir d'agir avec énergie dès que les symptômes sont assez marqués pour lui permettre de porter un diagnostic probable.

Le traitement doit être dirigé contre :

1° Les accidents locaux ;

2° Les accidents généraux.

Traitement des accidents locaux. — Le premier point est de faire tous ses efforts pour obtenir la résolution de l'inflammation et la maintenir dans les limites qu'elle occupe; il faut veiller à ce qu'elle ne gagne pas de terrain, si faire se peut. Malheureusement, les malades viennent souvent réclamer les soins du chirurgien, alors que cette manœuvre n'est plus applicable. Au début, il faut insister sur les antiphlogistiques, sur les abortifs ; il faut, en un mot, tenter d'enrayer l'inflammation : sangsues au poignet, frictions sur l'avant-bras et dans la main avec l'onguent mercuriel belladoné, bains locaux phéniqués longtemps prolongés, larges cataplasmes émollients ; la main doit toujours reposer sur un coussin élevé. Si les foyers sont profonds, il faut, sans hésiter, ouvrir largement et de bonne heure. Lorsqu'on n'a pu, malgré une médication énergiquement résolutive, arrêter

les progrès de l'inflammation, on peut être assuré de la suppuration. Doit-on attendre que le pus soit collecté? Non, il faut inciser prématurément. L'incision doit être large et profonde, car elle a pour but de dégager les tissus. Il ne faut pas temporiser, car le véritable traitement du phlegmon des gaînes consiste en incisions larges et profondes, que l'on doit cependant pratiquer avec beaucoup de précautions. On sectionne la peau avec le bistouri; cela fait, l'instrument tranchant doit être mis de côté, et c'est à la sonde cannelée qu'il faut avoir recours pour évacuer le pus. On peut canaliser l'avant-bras et la main au moyen de drains, qui présentent deux avantages: 1° le pus peut s'écouler librement; 2° le chirurgien peut laver facilement les foyers purulents au moyen de liquides antiseptiques.

« On ne doit pas laisser les drains trop longtemps en place, car ils ont une tendance à couper par un travail ulcératif les tissus interposés entre leurs points d'émergence. Il faut les enlever quand on voit que commence ce travail.» (Dubrueil, *Médecine opératoire,* p. 19.)

L'inflammation une fois dissipée, la suppuration terminée, il s'est établi des adhérences, les doigts sont rétractés: que doit faire le chirurgien? Il faut, dans ce cas, beaucoup de soins et agir avec beaucoup de précautions et de prudence. «Si, dit Bauchet, l'inflammation est à peine apaisée et que l'on fasse des tentatives violentes pour obtenir le redressement des doigts, on court le risque de ramener une bouffée inflammatoire avec ses conséquences. Si l'on attend que l'inflammation soit complètement et depuis longtemps terminée, on a grande chance de rencontrer des adhérences solides et qui résistent à toute tentative pour les faire disparaître.» Dans les deux cas, on se trouve en présence de dangers. Les limites ne sont pas déterminées et, selon le cas, le chirurgien doit agir de telle ou de telle façon. La sagacité et l'œil de

l'opérateur doivent jouer ici un grand rôle ; il faut, nous le répétons, qu'il soit prudent, qu'il use de ménagements. Pour éviter la difformité et les troubles fonctionnels laissés par les adhérences, Gosselin préconise (*Leçons cliniques de* 1873) les bains sulfureux, les frictions prolongées avec l'axonge et la moelle de bœuf, matin et soir, les mouvements communiqués avec précaution à tous les doigts, de manière à favoriser la résolution des matériaux plastiques établissant des adhérences; il faut, en un mot, instituer un traitement analogue à celui des ankyloses articulaires incomplètes. On peut comprimer la main sur une planchette bien matelassée et augmenter la compression tous les jours graduellement au moyen de bandes sèches. On parvient ainsi, dans la presque totalité des cas, à rendre aux doigts sinon leurs mouvements et leur souplesse ordinaires, au moins assez de mobilité pour qu'ils puissent être de quelque utilité quand la phlegmasie a disparu. Néanmoins, le résultat n'est pas toujours complet, et certains malades qui ont subi ce traitement conservent une main en griffe assez prononcée. L'électricité peut alors rendre de grands services ; il faut, pour l'ordonner, attendre que la suppuration soit complètement tarie, que l'inflammation soit tout-à-fait dissipée ; si on n'attendait pas cette période, les muscles se contractant violemment sous l'influence du courant, la phlegmasie pourrait reprendre son cours. Appliquée, au contraire, au moment voulu, elle peut compléter le succès ébauché par les frictions, les bains sulfureux, les mouvements imprimés aux doigts. Nous en avons vu un cas remarquable dans le service de M. le professeur Dubrueil, à l'hôpital Saint-Eloi. A la suite d'un phlegmon des gaînes qui avait débuté par un panaris du pouce, un jeune matelot avait une main en griffe très prononcée; il ne pouvait ni fermer ni étendre ses doigts. Après vingt séances d'électrisation des extenseurs, il fermait complète-

ment sa main, qui poussait l'aiguille du dynamomètre jusqu'à 34 kilogr. Du côté sain, elle arrivait à 49 kilogr. (main gauche)

Traitement des accidents généraux. — De l'abondance de la suppuration, de la gravité des accidents généraux, découle une indication thérapeutique importante: il faut, de bonne heure, ordonner au malade un régime tonique: viandes rôties, œufs, côtelettes, vin de Bordeaux, vins généreux; il faut recourir aux mets de digestion facile, aux alcooliques, surtout si le malade en avait l'habitude. Quand on est en présence de symptômes très graves, tels que : frissons, fièvre ardente, délire, on peut, dès le début, donner un purgatif salin ou éméto-cathartique. Enfin, si la septicémie, la pyohémie, l'érysipèle, la pneumonie, la phlébite, viennent compléter la scène, on instituera un traitement approprié aux circonstances, différant quelquefois suivant tel ou tel cas.

CHAPITRE VI.

OBSERVATIONS.

Observation II.

Empruntée au Mémoire de Bauchet sur le panaris (pag. 202 et suiv.)

Panaris profond du pouce droit; phlegmon profond de la main; phlegmon de l'avant-bras; trajets fistuleux; suppuration abondante; affaiblissement de la constitution; vaste eschare au sacrum; infection putride. — Mort. — Autopsie.

Cet homme, âgé de 55 à 60 ans, est entré à l'hôpital Saint-Louis au commencement du mois de novembre. Il est pâle, amaigri. Il raconte qu'il a eu une inflammation au pouce, il y a plus de deux mois; que cette maladie a gagné toute la main et même l'avant-bras; qu'il y a un mois environ, il s'est formé plusieurs abcès qui se sont ouverts spontanément. Il a à peine pu quitter le lit depuis le début de la maladie; il a beaucoup souffert. Aujourd'hui voici ce que nous constatons. La main et presque tous les doigts sont le siège d'un gonflement légèrement œdémateux, l'avant-bras est aussi tuméfié. Les doigts sont recourbés en crochet, la paume de la main est uniformément gonflée. On trouve à l'avant-bras deux ouvertures: l'une siégeant à la partie interne, l'autre à la partie externe de la face antérieure, toutes les deux à 2 centimètres environ de l'articulation radio-carpienne. Ces deux ouvertures sont longitudinales, longues de 2 centimètres environ, à bords grisâtres et fongueux. Au niveau de la première phalange du pouce on aperçoit la cicatrice d'un foyer purulent ancien. Point de

rougeur; la face dorsale de la main ne présente aucune tuméfaction, aucun trajet fistuleux. La douleur à la pression est peu vive; le poignet n'est ni gonflé, ni douloureux. En pressant sur la paume de la main ou sur la partie inférieure de l'avant-bras, on fait couler en quantité assez notable, par les ouvertures déjà signalées, du pus blanchâtre, mal lié, fluide, mais sans mauvaise odeur. Le stylet, introduit par ces ouvertures et avec précaution, glisse assez loin sur les couches profondes de l'avant-bras, mais ne rencontre aucune portion d'os dénudée. Outre les deux ouvertures déjà mentionnées, on voit encore en dedans, au niveau du tiers supérieur de la face antérieure, une petite ouverture par laquelle s'échappe aussi du pus, mais en moindre quantité que par les ouvertures déjà décrites. En pressant le cubitus, le radius, et en cherchant à faire exécuter quelques mouvements au poignet, on sent nettement un frottement rude, désagréable au toucher, entre le cubitus, le radius et entre ces os et ceux du carpe, et qu'on ne peut mieux comparer qu'au frottement de deux noix l'une contre l'autre. Le pouce ne peut pas être étendu: il en est de même du petit doigt. Ces mouvements sont très bornés pour les autres doigts de la main.

Diagnostic. — Panaris profond du pouce, extension de l'inflammation dans la grande synoviale commune et dans la synoviale des tendons du petit doigt; rupture du foyer entre les couches musculaires de l'avant-bras, mais surtout à la partie interne; extension de la suppuration dans les articulations carpiennes; destruction des cartilages par macération. Le malade, malgré les injections détersives et un régime tonique, continue à s'affaiblir; il survient une eschare, puis un foyer gangréneux au sacrum, les signes d'intoxica-

tion putride, et cet homme succombe trois semaines après son entrée à l'hôpital.

Autopsie.— Rien dans les viscères ; pâleur, anémie, foyer gangréneux plus large que le sacrum ; vastes décollements du côté de l'une et l'autre fesses et vers la région lombaire.

Désordres du côté de la main.— La synoviale commune, la synoviale du pouce, forment une cavité noirâtre remplie d'un pus séreux, floconneux, mal lié. Après avoir fait couler sur ces parties un filet d'eau, on constate: 1° des adhérences multiples entre les divers tendons et les deux feuillets pariétaux et tendineux des synoviales. Ces tendons sont fixés dans une position invariable, et pour les dégager il faut couper des brides fibreuses, résistantes, formées de lymphe plastique organisée. Ces désordres s'observent à la paume de la main, sous le ligament annulaire et à la partie inférieure de l'avant-bras, dans toute l'étendue des sacs synoviaux. Ces altérations se prolongent jusqu'à l'extrémité des tendons du pouce et du petit doigt. Elles s'arrêtent un peu au-dessus des articulations métacarpo-phalangiennes pour les doigts indicateur, médius et annulaire. Le long de ces doigts, la synoviale et les tendons sont parfaitement intacts. La cicatrice du pouce est adhérente avec un éperon de la synoviale. Le vaste foyer noirâtre, purulent, communique à l'extérieur à l'aide des deux ouvertures que j'ai déjà indiquées. A sa partie supérieure et externe il est fermé, et les muscles de l'avant-bras de ce côté sont sains. Du côté interne, au contraire, le sac fibro-synovial est éraillé, et le pus a fusé jusqu'au niveau de la partie supérieure de l'avant-bras, entre les couches musculaires superficielle et profonde. Ce foyer purulent, formé par une rupture de la poche synoviale, a aussi son ouverture qui le fait communiquer à l'extérieur, ouverture plus

petite que les deux précédentes, et dont il a été question dans le courant de l'observation. Les articulations radio-carpiennes, cubito-radiales et carpiennes sont ouvertes à la partie antérieure et communiquent assez largement, par plusieurs ouvertures, avec le foyer purulent palmaire. Les os ne sont ni rouges, ni pointillés, ni friables; ils ont bien plutôt une teinte éburnée, grisâtre, et par places, noirâtre; il n'y a point de pseudo-membranes ou de dépôts plastiques dans l'articulation, mais les cartilages ont été dissous, résorbés presque en totalité et ont disparu: les os dénudés de ces cartilages ressemblent à des os qui auraient macéré longtemps dans l'eau. Le cubitus est légèrement luxé ou plutôt dévié en arrière. *Pendant la vie,* les diverses pressions n'étaient point douloureuses, et les explorations ne produisaient aucun symptôme pénible. A l'autopsie, il n'y avait ni gonflement œdémateux, ni tuméfaction inflammatoire, ni rougeur. Quand on cherche à faire mouvoir les articulations, on reproduit exactement ces frottements rugueux, perceptibles pendant la vie, et sur lesquels j'ai déjà insisté quand j'ai comparé cette sensation à celle que produirait le frottement de deux os desséchés l'un contre l'autre.

Observation III.

Empruntée au Mémoire de Bauchet (pag. 131 et suiv.)

Phlegmon profond de la main, du poignet et de l'avant-bras, ayant eu son point de départ au niveau de la dernière phalange du pouce. Incisions multiples; suppuration; induration; adhérence des tendons fléchisseurs dans leurs gaînes.

Femme âgée de 26 ans, couchée salle Sainte-Catherine, N° 26, à l'hôpital de la Charité; entrée le 6 décembre 1852, sortie le 25 janvier 1853.

Cette jeune femme, d'un tempérament lymphatique, d'une assez bonne constitution, mal réglée, a ordinairement des flueurs blanches. Du reste, elle n'a jamais eu de maladie bien grave. Le 3 décembre, elle éprouva à la face palmaire de la dernière phalange du pouce une sensation semblable à celle que fait éprouver une piqûre d'aiguille; pourtant elle ne s'était pas coupée. A l'endroit où elle éprouva cette douleur, elle avait un durillon auquel elle attribua cette douleur. Mais, dans la journée, les douleurs devinrent beaucoup plus vives et déterminèrent une sensation de déchirement dans l'intérieur du pouce. Le soir, la malade eut des frissons, se mit au lit et ne put dormir pendant toute cette nuit. Elle eut beaucoup de fièvre, le pouce enfla considérablement, et le matin on appliqua douze sangsues. Il sortit peu de sang, et, dans la journée, la main, le poignet, l'avant-bras, enflèrent considérablement. — Onctions avec la pommade mercurielle; cataplasmes.

Entrée à l'hôpital le 6 décembre, le médecin qui la soignait lui a pratiqué une incision à l'extrémité de la face palmaire du pouce et une autre au côté interne de l'articulation des deux phalanges du pouce. De ces deux incisions faites timidement, il n'est sorti que du sang. Toute la main, les

doigts, le poignet, l'avant-bras presque jusqu'au coude, sont tuméfiés, rouges. Il y a de la chaleur et de la douleur, surtout à la main. Les doigts sont infléchis, recourbés en crochet, et ne peuvent être étendus. Les incisions pratiquées en ville ne suppurent pas. Inappétence, fièvre, pas de sommeil. — M. Velpeau prescrit 25 sangsues au poignet; une pilule d'opium le soir; tisane de gomme. Le soir, l'inflammation n'ayant pas diminué, on prescrit 25 autres sangsues et des cataplasmes.

7 décembre. L'inflammation n'a pas augmenté. La femme a un peu moins de fièvre. — Cataplasmes; onctions mercurielles.

10. La face antérieure de l'avant-bras présente de l'empâtement sur deux points, même au niveau du poignet; on sent de la fluctuation. M. Velpeau pratique, parallèlement à la direction des tendons, deux incisions de deux centimètres de longueur, assez profondes, et d'où il sort un pus abondant et bien lié. On place ensuite un rouleau de charpie dans la main pour empêcher les doigts de se fléchir davantage.

11. La fièvre est beaucoup moins intense.

1^er^ janvier, A cette époque, le bras est désenflé, un peu rouge encore et induré; la main est toujours le siége d'une phlegmasie profonde. On a pratiqué sur divers points des incisions dont le nombre va jusqu'à six et qui sont réparties sur les faces dorsale et palmaire des doigts, de la main et de l'avant-bras; toutes ces incisions donnent une suppuration abondante; on les panse avec un cataplasme. La malade est très faible; elle a tout l'aspect d'une femme chloro-anémique et les carotides font entendre à l'auscultation un bruit de souffle très évident, très prolongé et très régulier; la respiration se fait bien et sans embarras. Point d'appétit; quelques douleurs de ventre, langue un peu blanchâtre. Peu de sommeil.

Une collection purulente s'est formée à la face palmaire du poignet, avec fluctuation. M. Velpeau pratique une incision longitudinale de deux centimètres de longueur. Il en sort un pus sanieux et fétide. — Cataplasmes.

7. Frissons la nuit ; coliques. Le pouls est dur, fréquent, mais petit.

8. Insomnie, coliques, diarrhée. — 2 grammes de bismuth en deux paquets.

9. Un peu de mieux au matin; un peu de sommeil la nuit; les coliques sont calmées, le poignet est aussi moins douloureux. — 2 grammes de bismuth.

12. La diarrhée a tout à fait disparu.— On supprime le sous-nitrate de bismuth. Une portion. La malade commence à reprendre des forces; la suppuration se tarit. Le visage est un peu coloré, la langue se nettoie et l'appétit revient un peu.

20. On supprime les cataplasmes ; le bras et la main restent exposés à l'air; on applique seulement sur les lèvres des plaies de quatre incisions qni ne sont pas tout à fait fermées, un linge enduit d'onguent de la mère. La malade commence à se lever. — Deux portions.

25. *Exeat.* Les doigts, fusiformes, coudés et fléchis en dedans au niveau de la première phalange, ont perdu tout mouvement ou à peu près.

Observation IV.

(Personnelle).

Phlegmon des gaines tendineuses des fléchisseurs de la main, consécutif à un panaris du pouce de la main droite.— Main en griffe — Guérison.

Gauréguichéart Léon, né à Tarbes, âgé de 18 ans, marin, entre à Saint-Éloi, le 7 février 1884, lit n° 27, dans le service de M. le Professeur Dubrueil, pour une main en griffe consécutive à un phlegmon des gaînes des fléchisseurs. Il y a cinq mois, le malade eut au pouce de la main droite un panaris profond qui aurait débuté à l'extrémité du doigt ; nul souvenir de piqûre, de blessure d'aucune sorte. Souffrant énormément, il entre à l'hôpital de Saint-Pierre-Miquelon (Terre-Neuve) le 1er octobre 1883. On fait deux incisions sur le pouce l'une dorsale, de 1 cent. de longueur à peu près, l'autre palmaire et un peu plus longue. Le lendemain on fait une incision à la partie supérieure du premier métacarpien ; on cautérise au fer rouge. Malgré ces débridements, le pus fuse vers la partie supérieure et la gaîne commune des fléchisseurs devient le siège de la phlegmasie. On pratique deux nouvelles incisions, l'une à la paume de la main, sur l'éminence hypothénar, l'autre sur le petit doigt; on place un drain reliant ces deux ouvertures.

Le 8 octobre, on fait deux autres incisions à la face dorsale des deux derniers doigts, à la partie supérieure de la troisième phalange. On cautérise au fer rouge. Malgré ce traitement énergique le pus fuse vers la partie supérieure de l'avant-bras. On fait prendre tous les jours trois bains d'eau phéniquée au membre malade ; on applique des cataplasmes de farine de lin arrosés de perchlorure de fer et de permanganate de potasse. Pendant deux mois, c'est à dire jusque vers la fin de novem-

bre 1883, on continue le même traitement. Tous les jours, cautérisation au nitrate d'argent. Au bout de ce laps de temps, on soumet le malade au pansement simple avec du cérat; neuf jours après, il quitte Terre-Neuve pour venir en France. Le jour de son entrée à Saint-Éloi, 9 février 1884, voici dans quel état nous trouvons le malade: État général assez bon, élimination presque complète de la deuxième phalange du pouce, main en griffe, tous mouvements de flexion et d'extension devenus impossibles. Le malade ayant besoin de travailler et ne le pouvant pas. M. Dubrueil ordonne l'électrisation des extenseurs. Après deux ou trois séances de vingt minutes chacune, mieux sensible; le malade ferme complètement sa main au moment où il vient de se faire électriser.

N'ayant pu suivre la marche de la phlegmasie, puisque le patient était à Terre-Neuve, nous relatons cette observation pour montrer les conséquences désastreuses du phlegmon des gaînes: la *main en griffe*, signe précieux et important pour le diagnostic différentiel de la maladie, j'oserais même dire signe caractéristique et ne manquant jamais. On peut juger aussi des bienfaits que peut rendre l'électricité appliquée en temps opportun. Après vingt séances, le malade ferme et ouvre sa main à volonté.

Observation V.

(Personnelle).

Phlegmon des gaînes synoviales tendineuses des fléchisseurs de la main droite, consécutif à une plaie du pouce.—Pyohémie.— Mort.

Boutou, 46 ans, garçon pâtissier, entre à l'hôpital Saint-Éloi, salle Saint-Éloi, lit n° 25, le 26 avril 1883, dans le service de M. le professeur Dubrueil. Robuste et de taille élevée,

de complexion très forte, d'un embonpoint modéré, le malade a été pendant sept ans soldat de cavalerie; il a fait la campagne d'Italie, pendant laquelle il s'est toujours très bien porté, malgré les privations auxquelles il a été obligé de se soumettre, malgré les fatigues excessives. D'une bonne santé habituelle, il y a deux ans, il a eu la jaunisse, qui a duré un mois. Il n'a jamais eu d'abcès ni de bouton sur la peau. Marié depuis dix-huit ans, il a toujours beaucoup travaillé pour nourrir sa femme et trois enfants qu'il en a eus; l'un d'eux est mort à 10 mois de la cholérine (?); le second, âgé de 9 ans, est boîteux; le troisième, âgé de 7 ans, se porte bien.

Bien souvent, en mettant le pain au four, le malade s'est enfoncé dans les mains des éclats de bois du manche de ses outils; il les retirait, et jamais aucun accident n'était survenu. Pas de syphilis, pas d'alcoolisme, pas d'abus de tabac. Vers la fin mars 1883 (le 27 ou le 28), une écharde pénétra dans la face palmaire du pouce de la main droite, au niveau de la deuxième phalange; elle n'était pas très longue, mais pénétra assez profondément. Le malade la retira, fit saigner la plaie et se remit au travail sans plus se préoccuper de la chose; il répéta une fois de plus la manœuvre qu'il avait si souvent mise en pratique. Ce n'est que le mercredi 18 avril, date certaine, qu'il se plaignit de son pouce. Il aurait eu, deux jours avant, une discussion avec son patron; il explique sa douleur au doigt par «*un coup de sang*», suite de l'émotion. Il remarqua alors un point blanc juste à l'endroit où, vingt jours auparavant, un morceau de bois l'avait blessé. Il mit des cataplasmes de farine de lin et continua son travail. Dimanche 22 avril, il est obligé de suspendre.

Mardi 24. Il vient pour la première fois à l'hôpital Saint-Éloi montrer sa main à M. Dubrueil. Tuméfaction considérable du pouce et d'une partie de la main. Abcès évident à la face

palmaire du pouce; une première incision fait sortir un pus bien lié.—Cataplasmes.

Mercredi 25. Le malade revient se faire panser; nouvelle incision sur l'éminence thénar. On place un drain.— Cataplasmes.

Jeudi 26. Boutou entre à l'hôpital et se couche au n° 25 de la salle Saint-Éloi.

Vendredi 27. Le malade est à peu près dans le même état; par la pression, il sort du pus par les incisions faites au pouce. —Lavages à l'eau d'aspic. Vin, café, potion de Todd.

Samedi 28. Le décollement est assez considérable; on sent de la fluctuation à quatre travers de doigt au-dessus de l'apophyse styloïde du radius; incision à ce niveau. La radiale, prise entre la sonde cannelée et la peau, est ouverte ; ligature des deux bouts dans la plaie. On place un drain. — Lavages antiseptiques.

Dimanche 29. Il sort un pus bien lié et abondant par les incisions. — Même traitement. Vin, café, potion de Todd ; grands cataplasmes.

Lundi 30. T. matin 38°. P. 80.—Il y a encore du pus à la partie interne de l'avant-bras. Nouvelle incision sur le trajet de la cubitale, à 8 centimètres à peu près au-dessus de l'apophyse styloïde du cubitus. Écoulement de pus abondant; on place un nouveau drain. — Lavages antiseptiques. Bain de bras permanent, pulvérisation continuelle. Pouls 88. T. s. 39°.

Mardi 1er mai. T. matin 38°. P. 80. — Le malade est à peu près dans le même état ; le bras exhale une odeur assez mauvaise. La suppuration est toujours très abondante. La langue est sèche ; pas de frissons. — Bain de bras et pulvérisation permanente. T. soir 40°2.

2. T. matin 39°7. P. 88.—La paume de la main est tuméfiée au niveau de la base du petit doigt; on constate une collection purulente qui nécessite une nouvelle incision. Écoulement de pus abondant; mortification du tissu cellulaire.—Même traitement. T. soir 39°8.

3. T. matin 38°. P. 84. — Le malade ne se sent pas plus mal ; il a été cependant assez agité et a assez mal dormi. Pas de souffrances très vives. Nous constatons un œdème de tout le membre, que M. Dubrueil attribue à la pression exercée par la baignoire sur les vaisseaux axillaires. Ecoulement abondant de pus à la pression. — Même traitement. T. soir 40°2.

4. T. matin 39° — Le malade n'a presque pas dormi pendant la nuit ; se plaint du bruit que font ses voisins. Bouillon pris sans appétit. — Toujous même traitement. Suppuration très abondante. T. soir 40°5. P. 112.

5. T. matin 38°7. — *Lecon clinique 5 mai 1883.* — Après avoir fait l'anatomie de la région, nettement dessiné les gaînes tendineuses du fléchisseur propre du pouce d'un côté, des fléchisseurs communs de l'autre, M. Dubrueil s'exprime ainsi : «Le gonflement de l'avant-bras remonte jusque vers le coude, le décollement est considérable, la paume de la main est tuméfiée. Bien que recouvrant un foyer purulent, la peau de ces régions n'offre pas de coloration anormale, elle a une teinte saine parce que l'inflammation siège bien au-dessous. Les ganglions lymphatiques du creux de l'aisselle sont sains. Nous avons affaire à une lésion grave. Dans cette blessure du pouce, l'écharde a pénétré jusque dans la gaîne du long fléchisseur propre du pouce. Il est survenu un panaris profond qui a entraîné la nécrose de la phalange par la mortification du périoste. De plus, il y a, dans le cas qui nous occupe, extension de l'inflammation à la gaîne commune des fléchisseurs des doigts, et c'est grâce à plusieurs conditions anatomiques dont je viens de vous parler. Les gaînes sont accolées l'une à l'autre ; en second lieu, étant très minces, le pus les perfore facilement, et, l'une étant malade, l'autre ne tarde pas à l'être. Le pus, perforant l'une d'elles d'abord, baigne ensuite la seconde, qui le laisse pénétrer à son tour dans sa cavité. Ce

n'est pas à dire qu'il en soit toujours ainsi, mais cela peut arriver. L'index, le médius et l'annulaire sont, bien moins souvent que le pouce et le petit doigt, le point de départ d'une phlegmasie des gaînes tendineuses; leurs gaînes propres sont complètement fermées et assez éloignées de la gaîne commune pour ne pas transmettre à cette dernière une inflammation dont elles peuvent être le siège. Quelquefois cependant une blessure de l'annulaire peut occasionner les mêmes désordres qu'une blessure du pouce ou du petit doigt, et cela parce que la gaîne de ce doigt se termine à la partie supérieure, à une très petite distance de la grande gaîne commune à tous les fléchisseurs. Le phlegmon qui nous occupe ne ressemble pas du tout au phlegmon gangréneux; celui-là n'est qu'une inflammation suppurative des gaînes tendineuses, une synovite suppurée, comme l'appelle Gosselin. Dans les deux cas, il faut ouvrir largement, faire des lavages fréquents, mettre la main et l'avant-bras dans un bain permanent. Ici, il est à craindre que le décollement, les fusées purulentes, n'obligent à faire l'amputation du membre avant que la pyohémie vienne enlever le malade. La septicémie pourrait être conjurée, mais non la pyohémie, dont il ne faut pas attendre le premier frisson, si la température monte.» — T. soir. 40°. P. 116.

6. T. matin 38°,4. P. 100. — Le malade a sué un peu cette nuit, mais n'a pas eu de frissons. La température monte, le malade s'affaiblit un peu. Les doigts sont complètement recourbés en crochet; tout mouvement est douloureux et même impossible. M. Dubrueil propose l'amputation du membre; le malade la refuse. Même traitement. T. soir 39°,7.

7. T. matin 38°,4. P. 96. — Le malade refuse toujours l'amputation; la suppuration est très abondante, des lambeaux de tissu cellulaire mortifié sortent par les incisions. La peau prend un aspect rougeâtre, couleur lie de vin, pour être plus

exact. Œdème très prononcé. — Bouillon. vin, potion de Todd. T. soir 40°.

8. T. matin 39°. P. 112. — Le malade n'a pas dormi la nuit; pouls fréquent, dépressible; faciès peu rassurant. — Pulvérisation et bain permanents. T. soir 38°,5.

9. T. matin 38°,2. P. 104. — Le malade a eu deux frissons pendant la nuit. M. Dubrueil renouvelle au malade la proposition qu'il lui a déjà faite; il n'est pas plus heureux que la première fois. Si par cas il consentait, on désarticulerait l'épaule. — T. soir 39°,6.

10. T. matin 38°,4. — Vers 1 heure du matin, le malade a eu un violent frisson qui a duré un quart d'heure à peu près; sueurs profuses. Le chirurgien annonce que c'est probablement le frisson de la pyohémie, à laquelle il s'attendait, du reste. Il est trop tard maintenant pour intervenir; il n'y a plus qu'à l'abandonner à lui-même.

Potion avec:

Salicylate de soude.....	2 gr.
Acide phénique.....	0,50 cent.
Eau.....	120 gr.

T. soir 38°,6.

11. T. matin 40°. P. 120. — Dans la journée d'hier, vers 5 heures du soir, le malade a eu un autre accès. Il commence à prendre une teinte jaune paille, sa respiration s'accélère; en un mot, tous les symptômes de la pyohémie s'accentuent tous les jours. — On continue la potion. Même traitement.

T. soir 39°,7.

12. T. matin 39°;6. — Le malade sue beaucoup; il est faible, ne prend plus rien avec appétit, a des nausées, des vomissements; a eu un peu de délire pendant la nuit. Frisson à 4 heures du matin. — Même traitement. 35 inspirations

par minute. P. 128. T. soir 41°2.—Mort à 10 heures du soir.

L'autopsie ne peut pas être faite.

Observation VI.

(Personnelle)

Phlegmon des gaînes des fléchisseurs de la main gauche, à la suite d'une plaie profonde du pouce. Larges débridements : bain de bras permanent; pulvérisation continuelle d'eau phéniquée. — Main en griffe. — Guérison.

Cazeaux, soldat au 122me de ligne, en garnison à Montpellier, âgé de 23 ans, entre à l'hôpital Saint-Éloi le 5 janvier 1884, où il occupe le lit N° 2 de la salle Lallemand. Il y a quelques jours, le 28 décembre (?), il s'est enfoncé la pointe du sabre-baïonnette au niveau de l'articulation de la première phalange du pouce de la main gauche avec la seconde phalange. Deux jours après l'accident, il ressentit une douleur assez vive du côté de la région thénarienne ; il est envoyé à l'infirmerie où l'on applique des cataplasmes. Le 5 janvier, il entre à l'hôpital. A première palpation, M. Dubrueil reconnaît la présence du pus dans le pouce et fait deux incisions, l'une au niveau de la piqûre, l'autre à celui de l'articulation de la première phalange avec le métacarpien correspondant; il passe un drain. Une assez grande quantité de pus bien lié est expulsée. — Lavage antiseptique; cataplasmes.

6, 7, 8, 9. L'état du malade est à peu près le même.— Bain de bras ; cataplasmes. Le bras est moins souple et une fusée purulente est à craindre.

10. Nouvelle incision à la partie supérieure de l'éminence thénar. En pressant sur la partie inférieure de l'avant-bras, il sort une grande quantité de pus par l'incision qui vient d'être pratiquée. L'inflammation s'est propagée au poignet et

la gaîne du fléchisseur propre du pouce est le siège de cette phlegmasie. Nouvelle incision à l'avant-bras. On passe un autre drain. — Lavages, bains de bras antiseptiques; frictions avec la pommade mercurielle belladonée; grands cataplasmes. — T. soir 38°,7.

11. T. matin 38°,2. P. 84. — Le malade a bien peu dormi la nuit. Le membre est beaucoup plus enflé, le pouce a doublé de volume. Nouvelle incision sur le trajet de la radiale, à 14 centim. au-dessus de l'apophyse styloïde du radius. Le cul-de-sac supérieur de la gaîne du fléchisseur propre du pouce est ouvert. — Même traitement. — T. soir 38°,9.

12. T. matin 37°,8. P. 80. — Même état; peu de sommeil la nuit. — Pulvérisation antiseptique continuelle; à part cela, même traitement. — T. soir 38°,8.

14. T. matin 38°,2. — Décollement considérable; la sonde cannelée ne rencontre pas d'obstacles. A deux travers de doigt du pli du coude, on fait une nouvelle incision sur le trajet de la cubitale : on réunit par un drain les deux incisions supérieures. Un autre drain est placé parallèlement à la cubitale, depuis la partie supérieure de l'hypothénar jusqu'à deux travers de doigt du pli du coude. Tout l'avant-bras est ainsi canalisé. — Même traitement. — T. soir 39°,4.

15. T. matin 38°. P. 88. — Le malade est très attristé de son état. Grande quantité de pus. — Lavages, bain de bras phéniqué au $^1/_{100}$. T. soir 38°,7.

16. T. matin 38°,3. — État plus grave; gonflement toujours considérable, avant-bras très dur. Il n'y a pas de doute, la gaîne commune des fléchisseurs est devenue le siège de l'inflammation. — T. soir 38°,9.

17. T. matin 37°,8. — Bien qu'il n'y ait pas d'élévation de température et que l'état général ne soit pas plus mauvais, le membre ne prend pas un aspect plus rassurant. M. Dubrueil avertit le malade que l'amputation sera nécessaire le lende-

main, si toutefois il n'y a pas d'amélioration. Il attend donc un jour de plus. — Même traitement. Bien dormi la nuit. — T. soir 38°,4.

18. T. matin 37°,6. — Mieux sensible ; suppuration moins abondante ; on enlève les drains et les cataplasmes ; on met un grand protective et de la ouate. Peu dormi la nuit, n'a pas trop souffert. — T. soir 39°.

19. T. matin 37°,5. — Les tissus superficiels sont mortifiés du côté du dos de la main et à la base du petit doigt. Le malade a mangé et assez bien dormi, relativement aux nuits précédentes. — Pansement antiseptique ; bouillon, viande rôtie, poisson: l'avant-bras est moins enflé, mais la main présente toujours un mauvais aspect; le gros doigt est insensible: On présume une nécrose de la deuxième phalange. — T. soir 38°.

20. T. matin 37°,7. — Décollement dans la main ; on introduit une sonde cannelée dans le quatrième espace interdigital, sonde qui va ressortir en haut vers le milieu externe de l'éminence hypothénar. — Lavages à l'eau phéniquée, pansement de Lister. Mieux sensible, suppuration moins abondante. Le malade mange de bon appétit; digestion facile. — T. soir 38°.

21. T. matin 37°,4. — Suppuration de moins en moins abondante. Bon appétit. Au moyen d'une sonde de femme introduite dans la plaie, on lave à l'eau d'aspic. Écoulement de sang presque pur. Le malade ne souffre pas de son bras; l'incision supérieure et interne le fait souffrir un peu. Plaies ont bon aspect. Très peu de décollement. — T. soir 37°,7.

22. T. matin 37°,2. — On fait une nouvelle incision sur la partie inférieure et externe de l'avant-bras. Encore un peu de suppuration ; membre désenflé, amélioration sensible. — T. soir 38°.

23. T. matin 37°,3. — Pas de sommeil la nuit; assez vive

souffrance que le malade attribue au pansement trop serré. Membre de la dimension de l'autre. — T. soir 37°,6.

24. T. matin 36°,9. — Le malade étant apyrétique, nous ne prenons plus la température.

25. Bien dormi la nuit; mange avec appétit. Les plaies bourgeonnent et saignent au moindre contact. Plus de pus; tout danger a disparu. Le malade s'est levé une heure dans la journée d'hier. La main en griffe s'accentue tous les jours.

28. Bourgeons charnus exubérants. — Pansement à la vaseline. Il sort un peu de pus à la partie externe de l'éminence hypothénar ; il y a très peu de décollement.

30. Amélioration très notable. Bras souple. — Pansement à la vaseline; bourgeons charnus cautérisés au nitrate d'argent. L'avant-bras est un peu rouge et un peu dur à la partie postérieure (région du coude). Les jours suivants, le mieux continue.

4-5 février. Œdème assez accentué; à la pression, il sort un peu de pus par l'extrémité inférieure du petit doigt. Les trois doigts du milieu sont complètement indemnes. L'inflammation s'est donc propagée de la gaîne du fléchisseur propre du pouce à la gaîne commune des fléchisseurs, respectant les gaînes propres à chacun des autres doigts, gaînes tout-à-fait indépendantes. Le malade ne peut pas imprimer le moindre mouvement à son bras, mais il est en pleine convalescence. Il va être présenté pour la réforme et envoyé aux eaux de Barèges. L'intensité, la marche de la phlegmasie, la main en griffe, sont des preuves assez palpables pour dire que c'est bien à un phlegmon des gaînes que nous avons eu affaire.

La rougeur, qui est un des symptômes accompagnant toujours la lymphangite, n'a paru qu'à la dernière période, d'où nous concluons (plusieurs autres observations à l'appui) que l'angioleucite peut être consécutive au phlegmon et pas tou-

jours primitive, comme le soutient Dolbeau ou tout au moins un de ses élèves, M. Chevalet *(Thèse de Paris, 1875)*. Puisque les lymphatiques n'ont été envahis par l'inflammation qu'à la période ultime, il est impossible de dire que c'est par eux que s'est propagée la phlegmasie.

Observation VII

(Personnelle)

Phlegmon de la gaîne synoviale tendineuse du fléchisseur propre du pouce de la main droite, à la suite d'une plaie de ce doigt par instrument tranchant. — Débridement, grands cataplasmes, lavages antiseptiques, bains de bras, frictions d'onguent mercuriel belladoné. — Guérison.

Maurin Paul, 33 ans, pâtissier, né à Marseille, domicilié à Montpellier, petit de taille, assez frêle, occupe le lit n° 25 de la salle Saint-Éloi. Pas de syphilis, pas d'alcoolisme. Le 14 janvier 1884, Maurin s'est piqué *profondément* avec un couteau à la face palmaire de la deuxième phalange du pouce droit; deux ou trois jours après, le malade entre à l'hôpital. Incision profonde à la face palmaire du pouce; écoulement de pus. Le doigt, qui était tuméfié, reprend son volume normal; après quatre ou cinq jours d'hôpital, le malade rentre chez lui pour reprendre son travail, dont quatre heures suffisent pour éveiller de nouvelles douleurs. Bras enflé. —Cataplasmes d'amidon. Souffrance lancinante, très vive à certains moments.

Le 1er février, ne pouvant absolument plus se servir de son bras, il entre de nouveau à Saint-Éloi, salle Saint-Éloi, lit n° 25. Membre enflé, dur; empâtement général. La gaîne du pouce est le siège d'un phlegmon. M. Dubrueil fait une incision sur le trajet de la radiale, à 3 centim. au-dessus de l'apophyse styloïde du radius. Écoulement de pus bien lié, assez abondant; le chirurgien enfonce, par l'ouverture qu'il

vient de faire, une sonde cannelée, qui remonte à peine à 3 ou 4 centim. vers la partie supérieure de l'avant-bras. Ainsi donc, pas de décollement sur une grande étendue. Par l'ancienne incision qui est sur la face palmaire du pouce, il enfonce une sonde de poitrine, qui ne pénètre en avant dans aucune direction. Bien que la gaîne du fléchisseur propre du pouce soit ouverte, M. Dubrueil pense que l'inflammation ne fera pas de progrès, grâce aux incisions pratiquées de bonne heure. —Il ordonne des cataplasmes et des bains de bras permanents (1er février 1884).

2. Bras très souple. Presque pas de suppuration. Il n'y a pas de fusée purulente; le malade a bien dormi la nuit et n'a pas souffert du tout.

3. Mieux continue. Pas de souffrance; très bien dormi la nuit. Apyrexie. — Pansement de Lister.

4. Presque pas de suppuration. Se croyant guéri, le malade se lève dans la journée et porte son avant-bras en écharpe.

5. Soit que le pansement ait été trop serré, que l'écharpe ait produit une trop grande compression, l'avant-bras est enflé à quatre travers de doigt au-dessus du poignet. En pressant en amont de la plaie, il sort un peu de pus mêlé de sang. Œdème de la main. Le malade ne souffre pas.

9. On donne un bain de bras. A la partie moyenne de la face postérieure de l'avant-bras, il y a un point rouge assez ramolli, de la dimension d'une pièce de 20 centimes en argent, et donnant la sensation de fluctuation. Œdème assez prononcé à la partie postéro-supérieure de l'avant-bras.

10. Même état. — Apyrexie.

11. On fait trois incisions à la partie postérieure de l'avant-bras. On place deux drains; il sort une quantité énorme de pus.

12. Le malade est très pâle; pouls assez bon cependant. — Injection d'eau phéniquée. On coupe les drains.

13. Lavage d'eau phéniquée. Œdème. Il sort un peu de pus mêlé de sang.

14. Le malade va bien. Sous l'influence de la pression, légère quantité de pus un peu sanguinolent. — Pansement de Lister.

15. Encore un peu d'œdème à la partie postéro-supérieure de l'avant-bras. Le membre est violacé, néanmoins le mieux continue, et, allant à l'hôpital dans l'après-midi, nous trouvons le malade se promenant dans la cour ; il est convalescent. Il y a une légère raideur du pouce, qui disparaîtra probablement, vu son peu d'intensité. — Sorti de l'hôpital le 4 mars.

Ici, comme dans l'observation précédente, la rougeur a paru tout à fait en dernier lieu, les ganglions du coude et de l'aiselle ont été toujours sains. Les lymphatiques n'ont pas été le point de départ de l'inflammation. La gaîne du fléchisseur propre du pouce, ouverte en premier lieu, a été une route tracée pour elle, route dont le cul-de-sac supérieur a été franchi, malgré les incisions pratiquées de très bonne heure.

Observation VIII.

Communiquée par notre ami le Dr Saussol.

Panaris à la face palmaire et interne du médius de la main gauche, au niveau de l'articulation de la deuxième avec la troisième phalange ; pus dans la gaîne du fléchisseur, mais s'arrêtant à la racine du doigt. — Débridement, cataplasmes, lavages et bains antiseptiques. — Guérison.

Le nommé E. . . , serrurier, 32 ans, commença à éprouver le jeudi 28 février 1884, sans cause connue, une sensation de picotement et de raideur à la face palmaire et interne du médius de la main gauche, au niveau de l'articulation de la deuxième avec la troisième phalange.

Vendredi 29. La douleur étant plus vive, il fit examiner le

doigt par un de ses camarades, qui chercha avec la pointe d'une épingle s'il n'y avait pas de corps étranger: il ne trouva rien.

Samedi 1er mars. Grande gêne pour travailler, vive douleur.

2. Douleur atroce, insomnie, gonflement du doigt.

3. Ne peut pas aller au travail. Un rebouteur consulté, pratique l'excision de l'épiderme au niveau du point douloureux; il ne touche pas au derme. — Cataplasmes émollients.

4. Gonflement du doigt augmente; douleur vive, insomnie.

5. Je le vois pour la première fois; le gonflement du médius est considérable; douleur constrictive au niveau de la racine du doigt. Dans le point où l'épiderme a été excisé, une masse bleuâtre fongueuse fait saillie; une incision pratiquée avec une lancette ne donne pas de pus. — Bains émollients de la main; onctions avec pommade mercurielle belladonée. Cataplasmes de farine de lin renouvelés toutes les trois heures.

6. N'a pas dormi depuis plusieurs nuits, tant la douleur est vive. Œdème. Le gonflement du doigt augmente. Par la pression, on fait sortir au niveau de l'incision un pus bien lié, sans odeur. — Même traitement.

7. Le malade a pu enfin dormir la nuit dernière; la douleur s'est calmée. Pas de rougeur, pas d'engorgement ganglionnaire. Gonflement toujours considérable du médius avec sensation de fourmillements. En pressant le doigt de la racine vers la plaie, on ramène du pus mêlé de sang, mais la suppuration ne dépasse pas la racine du doigt, point où est situé le cul-de-sac supérieur de la gaîne propre du médius. A la partie interne de la troisième phalange, le malade éprouve une vive douleur à la pression; l'épiderme est décollé. Après l'avoir incisé, on voit au-dessous deux ou trois orifices par où sort du pus provenant du foyer précédent.

L'abcès s'est donc ouvert en pomme d'arrosoir. — Traitement émollient.

8. A dormi, souffre peu. Le médius est moins tuméfié; du pus sort après chaque cataplasme. La plaie, d'une longueur de deux centimètres, étendue sur toute la face palmaire et interne de l'articulation de la troisième phalange, présente plusieurs orifices à travers lesquels on voit des bourbillons jaunâtres adhérents (tissu cellulaire mortifié) qu'on est obligé d'extraire avec des pinces. Une pression exercée à la face palmaire du doigt, en allant de la racine à la plaie, ramène peu de pus; pratiquée au contraire de la troisième phalange vers la plaie, elle provoque la sortie d'une assez grande quantité de pus mêlé de sang. La plaie bien détergée, il reste une cavité avec des bourgeons mollasses, fongueux, douloureux au contact. — Lotions détersives et émollientes. Pansement avec charpie et eau-de-vie camphrée. A partir de ce jour, la suppuration diminue de plus en plus, des bourgeons s'élèvent du fond de la plaie, et bientôt il ne reste plus qu'un peu de raideur' qui disparaîtra d'elle-même. Le malade reprend bientôt son métier de serrurier.

Observation IX.

(Personnelle.)

Phlegmon de la main et de l'avant-bras gauches, consécutif à une plaie du pouce produite par un piquant de bois. — Pneumonie. — Mort.

J. Forestier, 60 ans, de Saint-Martin-de-Londres, se blesse le 9 novembre 1884 à la face palmaire du pouce de la main gauche avec une épine de buis. Il ne fit pas attention à cette piqûre, et ce n'est que quatre heures après, c'est-à-dire vers huit heures du soir qu'il commença à souffrir. Au réveil, la douleur persistait; au lieu de se livrer à un travail manuel, le malade s'occupa à garder des bestiaux et entoura son doigt

malade de cataplasmes de farine de lin et de fleurs de mauve. La douleur persiste, l'avant-bras est enflé et enfin le dimanche 16 novembre, le professeur Dubrueil consulté, engage le malade à entrer à l'hôpital. Il est envoyé dans le service de chirurgie tenu par M. Serre, professeur-agrégé.

Large débridement par deux incisions, pratiquées l'une à la paume de la main, l'autre au tiers inférieur de l'avant-bras. On passe un drain. — Bain antiseptique; — 30 gr. de sulfate de soude. Frictions d'onguent mercuriel belladoné, cataplasmes. Potion avec:

Rhum.....	30 grammes.
Extrait de quinquina...	4 —

T. soir 38°.

18. T. mat. 38°. — Nouvelle incision à la partie antérieure de l'avant-bras, un peu plus haut que les précédentes.

Peau de la main mortifiée. Frictions avec onguent mercuriel belladoné. Cataplasmes. Bain antiseptique. On continue la potion. — T. soir 39°.

19°. T. mat. 38°. T. soir 38°3. — Même traitement.

20. T. matin 37°5. — T. soir 37°7. — Tissu cellulaire mortifié. — Même traitement.

22. T. mat. 37°2. — Vaste suppuration. — T. soir 37°5.

26. T. mat. 37°3. — T. soir 37°6. — On supprime les frictions d'onguent mercuriel. Bains et cataplasmes.

Dans les premiers jours de décembre, on supprime les bains, les cataplasmes et on les remplace par le pansement de Lister. Les plaies bourgeonnent, le malade va bien et tout fait espérer une guérison assez rapide.

Au mois de février, le malade se préparait à sortir de l'hôpital au premier jour quand il commence à tousser. A l'auscultation, on entend des râles sous-crépitants dans tout le poumon droit; la respiration est gênée.

Vésicatoire. Affaiblissement général, teint blafard, amai-

grissement considérable. Eschare au sacrum. Il meurt le 2 mars 1885.

Observation X.

(Personnelle.)

Phlegmon de l'avant-bras droit consécutif à une piqûre du petit doigt. — Vaste suppuration. — Guérison.

Triteau Eugénie, 40 ans, ménagère, domiciliée à Lunel, née à Genné (Maine-et-Loire), entre à l'hôpital Saint-Eloi le 20 décembre 1884. Elle est couchée au n° 23 de la salle Notre-Dame. Il y a quelques jours, elle s'est enfoncée profondément une arête de poisson dans la troisième phalange du petit doigt de la main droite. Deux ou trois jours après l'accident, elle éprouve de vives douleurs dans toute la main et la nuit du 16 au 17 est passée sans le moindre sommeil. La malade est assise sur son lit, soutenant par tous les moyens sa main qui lui cause de cruelles souffrances. Les jours suivants ne sont pas plus agréables, et le 20 elle part pour Montpellier: c'est le 21 au matin que nous la voyons pour la première fois.

21. La main est enflée et très douloureuse à la pression; la fluctuation est perçue nettement. M. le professeur-agrégé Serre, chargé du service en ce moment, pratique un large débridement au niveau de l'éminence Thénar; une contre-ouverture est faite au tiers inférieur de l'avant-bras. Une quantité énorme de pus louable est expulsée. Une troisième incision est jugée nécessaire à la partie supérieure de l'hypothénar.

22. Pas de fièvre. Amélioration. Elimination d'eschares de tissu cellulaire. Cataplasmes.

23. Le fond de la plaie prend un bon aspect. Cataplasmes; bain antiseptique; friction d'onguent mercuriel.

24. Un peu de décollement à la partie supérieure du côté de l'olécrâne. On supprime les cataplasmes.

25. On passe un drain dans le décollement.

27. La plaie se déterge, les bords se recollent, la suppuration diminue; poudre d'iodoforme.

28. La plaie va bien. *Un peu de rougeur au niveau de la contre-ouverture et tout autour du drain.* Cataplasmes à ce niveau; iodoforme sur la plaie; pansement de Lister. On débride largement au niveau du point infiltré.

29. Le débridement a produit un très bon effet, plus de gonflement, plus de rougeur.

31. Très peu de pus. Pas d'inflammation. Iodoforme.

10 janvier. Pendant plus de 8 jours, l'état de la malade a été aussi satisfaisant que possible. Gonflement et rougeur au voisinage de l'articulation du coude. Débridement très large; évacuation d'une quantité considérable de pus. A partir de ce jour, la malade va de mieux en mieux et sort de l'hôpital peu de temps après.

Je ferai observer que l'accident primitif a eu lieu le 12 ou 13 décembre et que la rougeur n'a paru pour la première fois que le 28, alors que la suppuration était franchement établie; que cette rougeur a existé au niveau d'une incision et tout autour du drain. Ne pourrait-on pas mettre sur le compte de ces derniers la cause de cette légère hyperhémie vasculaire? Dans tous les cas, nous pouvons affirmer qu'elle a été consécutive à la suppuration; on ne peut donc pas accuser les lymphatiques d'avoir pris les devants.

Observation XI.

(Personnelle.)

Phlegmon des gaines tendineuses des fléchisseurs de la main consécutif à une plaie du pouce de la main droite. — Guérison.

Bertrand Pierre, âgé de 55 ans, cultivateur à Gignac, né à Saint-André-de-Sangonis, est couché au n° 23 de la salle Saint-Eloi. Le 12 avril dernier, le malade s'est blessé au pouce de la main droite en taillant la vigne. La plaie saignait abondamment et, pour arrêter l'hémorrhagie, Bertrand mit un peu de terre par dessus. Le but est atteint; mais 10 jours après l'accident, des douleurs très vives se font sentir dans tout le membre et un médecin est appelé.

C'était le 22 avril et, bien que le traumatisme eût porté sur le pouce, le médecin constata une collection purulente au niveau de l'hypothénar. Incision, écoulement de pus; cataplasmes.

Deux jours après, la main est enflée et violette ; nouvelle incision à la face dorsale de la main, au niveau du premier espace interosseux; quantité énorme de pus. — Cataplasmes. Le 26. la plaie est fermée. Le malade, en proie à des souffrances intolérables, ne peut plus remuer sa main, et le 15 mai il est adressé à M. le professeur-agrégé Regimbeau qui le fait entrer immédiatement à Saint-Éloi, dans le service du Professeur Dubrueil.

16. On pratique deux incisions, l'une à la paume de la main, l'autre à 3 centim. au-dessus de l'articulation radio-carpienne. Écoulement abondant de pus. — Bain antiseptique. — Cataplasmes.

18. Nouvelle incision sur le trajet de la radiale. On place un drain. Même traitement.

20. Le malade a bien dormi la nuit; écoulement de pus bien lié. Les doigts sont fléchis sur la paume de la main. Œdème de la partie postéro-supérieure de l'avant-bras. Pansement de Lister.

1er juin. Le malade va aussi bien que possible; les plaies se ferment et ont un bon aspect. Bain de bras.

4 juin. Le malade commence à remuer ses doigts ; avant-bras et main désenflés. Bourgeons charnus de belle couleur rosée. Apyrétique. Bon appétit

L'exeat sera délivré au premier jour.

Observation XII

Plaie profonde de la paume de la main gauche par instrument tranchant — Phlegmon des gaines des fléchisseurs. — Hémorrhagies successives. — Ligature de l'humérale au niveau du bord inférieur du tendon du grand pectoral. — Guérison.

Estrié Joseph, âgé de 14 ans, pêcheur, domicilié à Lattes, entre à l'hôpital Saint-Éloi le 23 mai 1885; il est couché au N° 26 de la salle Saint-Éloi. Le 3 mai, en coupant du pain le petit malade s'enfonce dans la paume de la main une lame de couteau bien effilé. L'entaille est profonde, l'hémorrhagie abondante. Un médecin appelé en toute hâte arrête l'hémorrhagie, enveloppe la main d'une bonne couche d'amadou; deux ou trois jours après, le sommeil est interrompu par un nouvel écoulement de sang. Nouveau tamponnement.

Le 12 ou le 13 mai, le malade commence à souffrir beaucoup plus de sa main qui devient noirâtre et enflée. L'avant-bras lui-même est très douloureux. Friction avec pommade grise (probablement avec de l'onguent mercuriel belladoné).

Les jour suivants, abattement général, pertes de sang suc-

cessives. On le porte alors à l'Hôtel-Dieu Saint-Éloi de Montpellier (23 mai 1885).

Le 23 au matin, voici ce que nous constatons. Large plaie à la paume de la main, quantité considérable de pus, caillots sanguins. Une pression modérée sur la partie inférieure de l'avant-bras, fait sourdre à travers la plaie du pus sanguinolent.

M. Dubrueil fait la ligature de l'humérale au-dessus de l'humérale profonde, au niveau du bord inférieur du tendon du grand pectoral. — T. 38°.

25. T. 37°2. — La température du bras malade est normale, on ne sent pas le pouls radial. La plaie de la ligature est en parfait état. — T. soir 37°4. Lavages antiseptiques de la main. Bain antiseptique; drainage. Les doigts sont fléchis sur la paume de la main, mais l'hémorrhagie ne s'est pas reproduite.

26. Rien de particulier à noter. Suppuration abondante de la main. — T. matin 37°9. T. soir 37°4.

27. T. matin 37°. — On perçoit les battements de la radiale. — T. soir 37°3.

29. Apyrétique. Toute menace de phlegmon a disparu ; la plaie bourgeonne et a bon aspect. Érythème phéniqué du bras; on supprime les bandes phéniquées.

1er juin. La plaie de la paume de la main a beaucoup diminué d'étendue; pas de gonflement. Le malade se trouve très bien. On cautérise au nitrate d'argent la plaie de la ligature.

4. Bain de bras. Lavages antiseptiques. Mieux de plus en plus sensible.

8. On ordonne un bain général. La main en griffe est assez marquée, mais toute trace d'inflammation a disparu. Le malade se lève et quittera les salles au premier jour.

Observation XIII

(Personnelle).

Panaris de la gaîne du médius de la main droite.— Débridement.— Guérison

Brunet, 23 ans. soldat au 122e de ligne, est, sans cause appréciable, atteint d'un panaris de la 3e phalange du médius de la main droite. Les premières douleurs se font sentir dans la nuit du 21 au 22 mai 1885 ; le doigt augmente de volume dans toute sa longueur et des douleurs lancinantes torturent le malade. Le 23, il entre à l'infirmerie ; coup de lancette au niveau de la face palmaire de la première phalange. Écoulement de pus. Cataplasmes.

Le malade, souffrant toujours, entre à Saint-Éloi le 29 mai et occupe le lit N° 8 de la salle Lallemand. M. Dubrueil introduit un stylet par l'incision qui a été pratiquée au régiment. La profondeur et la direction de la plaie démontrent que la gaîne est envahie. Débridement plus large. On place un drain. Bain antiseptique. Cataplasmes.

31. Rien de particulier. Légère quantité de pus. Cataplasmes. Bon sommeil la nuit. Si on enfonce avec précaution le stylet vers la paume de la main, on ne dépasse pas le cul-de-sac de la gaîne digitale. Le malade est en voie de guérison. Le doigt est désenflé ; le décollement disparaît. Dans le cas que je relate ici, une fois de plus la gaîne semble avoir limité les ravages de l'inflammation, et, je le répète, je ne saurais attribuer au hasard la gravité des plaies du pouce ou du petit doigt, la bénignité relative de celles des autres.

CHAPITRE VII.

CONCLUSIONS.

1° Les plaies profondes, intéressant toute l'épaisseur des doigts (pouce et petit doigt principalement), sont les principales causes des phlegmons des gaînes de l'avant-bras. Les piqûres légères, les éraillures de l'épiderme bien soignées, passent souvent sans avoir des suites graves.

2° Les abcès des gaînes tendineuses sont des collections purulentes qui siègent dans les gaînes elles-mêmes.

3° Quand on a affaire à un phlegmon de ce genre, le pus reflue à la paume de la main, en pressant sur l'avant-bras, dans la direction des gaînes.

4° Lésion très grave: ces abcès, une fois les synoviales perforées, fusent très facilement dans tous les sens. Ils entraînent une forte rétraction des fléchisseurs qui rend la *main en griffe* (Gosselin); impotence du membre; on est souvent obligé d'amputer l'avant-bras, quelquefois même le bras, ce qui ne sauve pas toujours le malade.

5° Il faut ouvrir ces abcès de très bonne heure et ne pas attendre la fluctuation pour plonger hardiment le bistouri dans les foyers purulents, en prenant toutefois de grandes précautions, à cause de la richesse artérielle de la région. Si les incisions sont prématurées, on pourra éviter aux malades de

grandes complications et leur assurer, pour ainsi dire, la conservation d'un membre, qui, bien qu'impotent, leur sera encore d'une grande utilité.

6° Le phlegmon des gaînes est indéniable, un phlegmon tout à fait à part. La lymphangite ne complique pas toujours cette lésion; quand elle existe en même temps, il y a une rougeur caractéristique qui n'existe pas dans le phlegmon des gaînes simple, et cela parce que dans ce dernier, l'inflammation est beaucoup plus profonde. *(Ainsi donc pas de rougeur.)*

7° Les piqûres de l'index, du médius, de l'annulaire, sont bien moins dangereuses que celles du pouce ou du petit doigt. La disposition anatomique de la région explique très bien ce fait: *les gaînes jouent un rôle capital.*

8° Il faut faire les incisions parallèlement à la radiale et à la cubitale, exactement comme si l'on voulait faire les ligatures de ces vaisseaux. Il faut lier avec soin dans la plaie les deux bouts des artères, s'il y en a d'intéressées.

9° Le drainage, les lavages au moyen de liquides antiseptiques, les frictions d'onguent mercuriel belladoné, les cataplasmes, les grands bains de bras, la pulvérisation antiseptique permanente, tel est le traitement que l'on doit instituer pendant la durée de l'inflammation. Quand celle-ci est terminée, il faut recommander au malade d'imprimer plusieurs fois par jour à ses doigts des mouvements de flexion et d'extension; l'électricité peut aussi, à la dernière période,

rendre de très grands services, témoin l'observation que nous citons d'un jeune matelot à qui M. Dubrueil l'a ordonnée.

Nota. — Nous aurions voulu consacrer un chapitre à l'Anatomie pathologique : il nous a été absolument impossible de disséquer des pièces. Dans les deux cas de mort que nous relatons, l'autopsie n'a pu être faite.

FIN.

Vu bon à imprimer :
Le Doyen,
CASTAN.

Vu :
Le Président censeur,
DUBRUEIL.

Permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie
Correspondant de l'Institut,
G. CHANCEL.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Bauchet. — Du panaris et des inflammations de la main.

Bouisson. — *Gazette médicale*, 1845, pag. 206

Chassaignac. — Traité de la suppuration.

Chevalet. — Des phlegmons angioleucitiques du membre supérieur. Thèse de Paris, 1875.

Cornil et Ranvier. — Anatomie pathologique.

Dubrueil. — Médecine opératoire, 1875.

Follin. — Traité de pathologie externe.

Gosselin. — Clinique chirurgicale de l'hôpital de la Pitié, 1873.

Littré et Robin. — Dictionnaire de Médecine.

Moynac. — Pathologies externe et générale.

Nélaton. — Traité de pathologie externe.

Tillaux. — Anatomie topographique.

Sappey. — Anatomie descriptive.

Velpeau. — Médecine opératoire.

Dictionnaire encyclopédique.

Bulletin de la Société de Chirurgie, tom. VII, pag. 138; tom. IX, pag. 455.

SERMENT.

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'Exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !